

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Averzivní pocity terapeutů vůči klientům a způsoby zacházení s nimi

Aversive feelings of therapists to clients and ways of dealing with them

Bc. Simona Kozlová

Vedoucí práce: PhDr. David Heider, PhD.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

2015

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Averzivní pocity terapeutů vůči klientům a způsoby zacházení s nimi vypracovala pod vedením vedoucího diplomové práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, 17. července 2015

.....

podpis

Poděkování

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování vedoucímu diplomové práce PhDr. Davidu Heiderovi, PhD., za odborné vedení této práce. Děkuji také lidem, kteří mi poskytli rozhovor, za ochotu podělit se se mnou o své příběhy, za vstřícnost a otevřenost, neboť bez nich by tato práce nemohla vzniknout.

ABSTRAKT

Cílem diplomové práce je získat přehled zažívaných averzivních pocitů terapeutů vůči klientům. Zjistit příčinné charakteristiky vzniku averzivních pocitů a způsoby jejich zpracování. Úkolem je prozkoumat zda existují souvislosti mezi zjištěnými jevy.

Metodou sběru dat jsou polostrukturované rozhovory se skupinou psychoterapeutů. Při analýze odpovědí jsem využila kvalitativní metodologii, konkrétně jsem vycházela ze zakotvené teorie Strausse, Corbinové. Práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou. V teoretické části jsou popsány aspekty ovlivňující terapeutický proces, dále podoby averzivních pocitů a jejich možné důsledky na terapeutický vztah. V empirické části jsou prezentována a interpretována data získaná z rozhovorů, která jsou následně analyzována.

K hlavním výsledkům práce patří: mezi zažívané averzivní pocity terapeutů patří bezmoc, frustrace, naštvaní a vztek, vyčerpání, znechucení, ohrožení a strach, zneužití a selhání. Averzivní pocity se objevují v závislosti na situačních a osobnostních charakteristikách terapeutů i klientů. Významný faktor, který se podílí na vzniku, vnímání i zpracování averzivních pocitů je zkušenost.

KLÍČOVÁ SLOVA

Averze, psychoterapie, psychoterapeutický vztah, psychoterapeut, klient

ABSTRACT

The aim of this thesis is to gain insight aversive feelings experienced by therapists to the clients. Determine the causal characteristics of aversive feeling and their processing. The task is to examine whether there are links between the detected phenomena.

The method of data collection, are interviews with a group of psychotherapists. When analyzing the responses I used qualitative methodology, specifically the Strauss and Corbin's grounded theory. The work is divided into theoretical part and empirical part. The theoretical part describes aspects affecting the therapeutic process, as well as forms of aversive feelings and their possible consequences on the therapeutic relationship. In the empirical part are presented and interpreted data obtained from interviews, which are analyzed.

The main results include: aversive feelings experienced by the therapists include helplessness, frustration, anger, and frustration, exhaustion, disgust, fear and threats, abuse and failure. Aversive feelings occur depending on situational and personal characteristics of therapists and clients. A significant factor that contributes to the creation, perception and processing of aversive feelings is experience.

KEY WORDS

Aversion, psychotherapy, psychotherapeutic relationship, psychotherapist, client

Obsah

1 Úvod	1
2 Psychoterapie jako léčebný proces	2
3 Psychoterapeutický vztah	4
3.1 Model vztahového quaternia	5
3.1.1 Přenosové fenomény v terapeutickém vztahu	6
3.2 Hranice ve vztahu terapeut – klient.....	10
4 Set terapeuta	11
4.1 Osobnost terapeuta	11
4.2 Motivy volby psychoterapeutického povolání	13
4.3 Terapeutický stín.....	17
4.3.1 Potřeba pomáhat	19
5 Averzivní pocity	23
5.1 Vymezení pojmu averze.....	24
5.1.1 Podoby averzivních pocitů.....	25
5.2 Možné příčiny averzivních pocitů.....	27
5.3 Důsledky averzivních pocitů na psychoterapeutický proces	29
5.4 Strategie zvládání averzivních pocitů	30
6 Obranné koncepce v souvislosti s averzí.....	35
6.1 Druhy obranných mechanismů	36
6.1.1 Koncept projektivní identifikace	37
7 Sebezkušnostní výcvik a supervize	39
7.1 Výcvik v sebereflexi	39
7.2 Supervize.....	40
7.3 Syndrom vyhoření.....	42
8 Cíle empirického šetření a výzkumné otázky.....	44
9 Respondenti	44

10	Metoda sběru dat	45
11	Prezentace a interpretace dat	46
11.1	Averzivní pocity terapeutů	46
11.1.1	Bezmoc terapeuta	46
11.1.2	Frustrace	47
11.1.3	Pocit naštvaní a vzteku	49
11.1.4	Pocit vyčerpání	52
11.1.5	Pocit znechucení	53
11.1.6	Pocit ohrožení a strachu	53
11.1.7	Pocit nedůvěry a zneužití	55
11.1.8	Pocit selhání	56
11.2	Projevy averzivních pocitů v terapeutickém vztahu	57
11.3	Strategie zpracování negativních pocitů	59
11.4	Podmínky ovlivňující vznik averzivních pocitů	65
12	Stěžejní kauzální principy vzniku averzivních pocitů	69
12.1	Výkonové nastavení terapeuta a pocity bezmoci	69
12.2	Nejistota terapeuta a pocity ohrožení	72
12.3	Smysluplnost terapeutické práce a pocit naštvaní	76
12.4	Uplatňování moci	78
12.5	Morální rozpor	81
12.6	Averzivní pocity v důsledku „slepé skvrny“ terapeuta	83
12.7	Shody a rozdíly mezi terapeuty s kratší a delší dobou praxe	87
13	Diskuse	91
14	Závěr	94
15	Seznam použitých informačních zdrojů	96
16	Seznam příloh	100

1 Úvod

Povolání psychoterapeuta patří mezi řadu povolání, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem. Pro výkon této profese je třeba získat určitou odbornost, která zajistí osvojení potřebných znalostí a dovedností. Tyto kompetence se většinou získávají na příslušných školách. V povolání, které zahrnuje neustálý kontakt s lidmi, však kompetence nestačí. Mezi další potřebné prvky, které jsou pro výkon daného povolání důležité, patří terapeutova osobnost, jeho vztah k lidem a angažovat v tomto vztahu (Kopřiva, 2013). Kopřiva dále píše, že úkolem angažovaného terapeuta je pochopit a zajímat se o každého klienta, vcítit se do něj, akceptovat ho takového, jaký je, vidět v něm i ty dobré stránky jeho osobnosti a mít ho prostě rád. Právě slovo „každého“ se jeví jako problematické, protože tento požadavek není nezávislý na osobě terapeuta. Je nepochybné, že tento ideál o láskyplném přijímání jakéhokoli klienta je neuskutečnitelný. Jako lidé nemáme kontrolu nad tím, zda nám někdo je, či není sympatický a tak nikdo nemůže účinně pracovat s kýmkoliv (Kopřiva, 2013). Každý občas potká klienta, který v něm, navzdory svému chtění, budí záporné emoce.

Tato práce si klade za cíl zjistit, s jakými typy klientů zažívají terapeuti negativní pocity, a jak takovou situaci řeší. Cílem této práce je zjistit okolnosti vzniku a průběh těchto prožitků při práci s klientem. Záměrem práce je zjistit, jak psychoterapeuti s averzivními pocity zacházejí a jakými mechanismy je zpracovávají. Tato diplomová práce má za úkol jednak získat přehled zažívaných averzivních pocitů terapeutů vůči klientům a dále objevit možné příčinné charakteristiky spouštějící negativní emoce v psychoterapeutickém vztahu s klientem. Cílem práce je popsat zjištěné souvislosti mezi jevy.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části jsou v první kapitole popsány úskalí psychoterapeutického povolání. Druhá kapitola vyzdvihuje důležitost psychoterapeutického vztahu a věnuje se fenoménům v něm se vyskytujícím. Třetí kapitola je zaměřena na terapeutův set, který se promítá do celé jeho terapeutické práce. Ve čtvrté kapitole, věnující se averzivním pocitům, jsou popsány podoby averzivních pocitů a následné potenciální důsledky na terapeutický vztah. Závěrečné kapitoly teoretické části se věnují obranným mechanismům a psychohygieně terapeuta. V empirické části práce jsou prezentována data získaná z rozhovorů, která jsou zároveň interpretována a analyzována. Tato rozsáhlá část je členěna dle jednotlivých averzivních pocitů tak, jak je označovali respondenti. Závěr empirické části práce se věnuje rozdílům psychoterapeutů s kratší a delší dobou praxe.

2 Psychoterapie jako léčebný proces

Medicínské pojetí definuje psychoterapii jako léčebné působení psychologickými prostředky¹ (Hartl, Hartlová, 2004; Kratochvíl, 2006). Více humanistickou definici uvádějí Vybíral s Roubalem (2010, s. 30), kteří spolu s dalšími představiteli oboru zdůrazňují osobnostní rozměr psychoterapie: „*Psychoterapie je léčebná činnost, při níž psychoterapeut využívá své osobnosti a svých dovedností k tomu, aby u klienta došlo k žádoucí změně směrem k uspokojivějšímu prožívání, chování ve vztazích a sociálnímu začlenění*“. Psychoterapie je podle nich svou podstatou osobní umění terapeuta, který by měl ustavičně rozvíjet a kultivovat své nadání. Více než v jiných profesích, je terapeut ve své pracovní činnosti angažován svou osobností (Matoušek, 2003). Psychoterapie vyžaduje talent, schopnost improvizace a intuici (Hartl, Hartlová, 2004). Psychoterapeut by měl disponovat dovednostmi týkající se vedení rozhovoru, vytvoření a udržování podpůrného vztahu a používání technik (Vybíral, Roubal, 2010). Psychoterapie má nezbytné poznatkové zázemí ve vědě. K vědeckosti patří její systematicčnost, promyšlenost, kázeň, etika, vzdělávání a další výcvik psychoterapeutů včetně povinnosti supervize a dodržování etického kodexu.

Pro vykonávání psychoterapeutického povolání je nezbytná odbornost psychologa. Nejrozšířenějším modelem, jak se stát psychoterapeutem je kombinace kvalifikačního studia v psychologii, tj. podle zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních absolvování nejméně pětiletého akreditovaného magisterského jednooborového studijního oboru psychologie a následné absolvování dlouhodobého specializačního vzdělávání v oboru klinická psychologie formou specializace pro psychoterapii prostřednictvím výcvikového programu (Vybíral, Roubal, 2010), jehož součástí je teorie, nácvik práce psychoterapeuta, sebezkušenost a minimálně 100 hodin supervize. Absolvování akreditovaného psychoterapeutického výcviku však samo o sobě neopravňuje k vykonávání psychoterapeutického povolání (www.psychoterapeuti.cz). Psycholog dále musí úspěšně složit tzv. specializační zkoušku ze systematické psychoterapie. Ve zdravotnictví může samostatně provádět psychoterapii v České republice pouze atestovaný klinický psycholog nebo lékař (většinou psychiatr), takže po ukončení studia psychologie a splnění povinností je nutné složit atestační zkoušku z klinické psychologie na Subkatedře psychologie IPVZ. Bez této atestace psycholog nemůže být ke zkoušce ze systematické psychoterapie připuštěn (www.ipvz.cz). Přestože by měli psychoterapii realizovat pouze

¹ K psychologickým prostředkům patří slova, rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, vytvoření psychoterapeutického vztahu, sugesce, učení, vztahy a interakce ve skupině aj. (Kratochvíl, 2006).

psychologové a psychiatři, kteří složili specializační zkoušku ze systematické psychoterapie, setkáváme se s psychoterapií i na jiných místech než je zdravotnictví a v rukou jiných odborníků. Psychoterapie totiž není tzv. vázanou profesí (Weiss, a kol., 2011). V České republice neexistuje jednotný systém „regulace“ vzdělávání v tomto oboru. V ukotvení psychoterapie v českém právním rámci a v jejím postavení vůči jiným profesím u nás stále přetrvávají rozpory (Vybíral, Roubal, 2010).

Psychoterapie patří do skupiny tzv. nemožných povolání², která v sobě zahrnují neúspěch a selhání, deziluzi, rezignaci, utrpení i bezmocnost (Cifali, 1999). „Nemožná povolání“ se mimo jiné vyznačují nesnadnou uchopitelností a obtížně vykazatelnou úspěšností (Weiss, a kol., 2011). Psychoterapeutické povolání doprovází velká nejistota týkající se efektivity psychoterapeutické léčby. Psychoterapeuti nevidí výsledek své práce na rozdíl např. od povolání malíře, jehož produktem je viditelný a hmatatelný obraz. V otázkách možností léčby a léčebného úspěchu prakticky nelze použít kontroly experimentálního rázu (Kopřiva, 2013). Statistiky léčebných úspěchů jsou téměř neproveditelné. Co to vůbec znamená úspěšná léčba? Co to znamená zlepšení nebo zhoršení? Je to vůbec terapeut, kdo pomohl, nebo je v roli nějaký další účinný faktor? Kritéria posouzení úspěšné léčby jsou nejistá, na rozdíl od posouzení zlomeniny kosti, kde je měřítko léčebného úspěchu jednoznačné - obnovení funkčnosti postižené končetiny. Tato nejista a nedokazatelnost účinnosti terapeutických prostředků může být faktorem, jež přispívá k zesílení averzivních pocitů. Ať už psychoterapeuti použijí jakékoliv kritérium, např. sociální přizpůsobení, průceschopnost, úbytek neurotických symptomů, subjektivní rozpoložení, individualizace, lepší kontakt s nevědomím atd., většinou získají neuspokojivé výsledky, což může jejich případné averzivní pocity vůči některým klientům podpořit.

²Stejně tak tento výrok, který si osvojil S. Freud, patří o učitelství. Freud ve svém textu z r. 1937 hovoří o existenci třech „nemožných povolání“, které spojuje jistota nedostatečného úspěchu. Zmíněnými povoláními míní výchovu, léčení a vládnutí. (Cifali, 1999).

3 Psychoterapeutický vztah

Povolání terapeuta se uskutečňuje v neustálém kontaktu s lidmi, je tudíž pro toto povolání velmi podstatným prvkem lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem. Psychoterapii charakterizuje zvláštní forma lidského setkávání psychoterapeuta s druhým člověkem, který žádá o pomoc (Vybíral, Roubal, 2010). Léčba vztahem je důležitým nástrojem ve všech druzích psychoterapie. Každá psychoterapie vyžaduje alespoň minimální vztah. Bez něj by se klient nemohl vyvíjet. Klient potřebuje svému terapeutovi důvěřovat, cítit se bezpečný a přijímaný. Potřebuje cítit lidský zájem. To, zda se bude ve vztahu s terapeutem cítit respektován a akceptován, záleží na terapeutovi, na kterém je vytvoření přijímající, důvěrné a bezpečné atmosféry. Bezpečí je jedna ze základních věcí, se kterou terapeut zachází (Úlehla, 1999). Jak píše Úlehla: „*je na pracovníkovi, zda klientovi otevře dveře do léta či do pekla*“ (Úlehla, 1999, s. 45).

Bezpečí potřebuje nejen klient, ale také pracovník. Je dokonce profesionální povinností terapeuta, aby se cítil během konzultace dobře (Úlehla, 1999). Má-li totiž jako pracovník podat optimální výkon, musí být také v optimální kondici. Pokud se sám nebude cítit v bezpečí, tak se ani klient nemůže cítit v bezpečí, protože jde o pocit, který oba účastníci interakce vzájemným vyladováním na sebe sdílejí. Tento proces vzájemného vyladování se ve svém prožívání, pocitech, náladách a v tom, čemu říkáme emoce, probíhá automaticky mezi lidmi, kteří spolu vstupují do interakce. Známe ho ze vztahu rodič – dítě. Když je matka nervózní, dítě pláče, když je matka klidná, i dítě se uklidní. Podobné je to i mezi terapeutem a klientem. Terapeut nemůže vykonávat svou práci dobře, bez toho aniž by se v kontaktu s klientem sám emočně neangažoval. „*Jestliže se mezi pacientem a terapeutem neděje nic na afektivní rovině, nemůže se rozběhnout psychický proces.*“ (Guggenbühl-Craig, 2007, s. 47).

Vztah ke klientovi však může být i mnohem horší než neutrální. Terapeut je odborník a tak se od něj žádá objektivita. Ale i při té nepřísnejší objektivitě je terapeutický vztah v první řadě útvar subjektivní a tak se různým pocitům nelze vyhnout (Jung, 2008). Vztah má vždy dvojí aspekt, a to i ten terapeutický. V každém vztahu je láska i nenávist. Podle momentálního rozpoložení může jedna ze složek převažovat.

Vztah mezi terapeutem a klientem je jedinečný, protože i každý člověk je jedinečný. Terapeut má mnoho klientů, ale klient má jen jednoho terapeuta, kterému se plně otevírá a důvěřuje mu. Z toho plyne i velká terapeutova zodpovědnost za terapeutický vztah. Fox

(2008) definuje terapeutický vztah jako děj probíhající mezi dvěma lidmi, kteří jsou vzájemně provázaní, propojení na spirituální, energetické, mentální, emocionální a fyzické úrovni. Jednoho z nich nazýváme lékařem, terapeutem, analytikem či poradcem. Toho druhého můžeme nazvat pacientem, klientem, analyzandem, nemocným. Již tyto termíny naznačují dysbalanci, která mezi těmito dvěma lidmi panuje. Postavení terapeuta a klienta je zásadně asymetrické, a čím je terapeut starší a zkušenější, tím je asymetrie ve vztahu výraznější (Fox, 2008). Klient má problém, který mu způsobuje trápení, stává se z něj bytost slabá, ovládaná strachem, trýzněna bolestí a pečlivě se dožaduje pomoci. Do terapeuta vkládá veškeré naděje, vidí ho téměř jako spasitele, a na kterého je odkázán a bez kterého by byl téměř ztracen. Terapeut ví, jak dělat svou práci a má tak určitou moc, která pramení z jeho psychologických prostředků. Aby si byl psychoterapeut vědom svého postavení a své moci, měl by klást veliký důraz na etiku.

3.1 Model vztahového quaternia

Vztah mezi terapeutem a klientem zahrnuje přenos, protipřenos, terapeutickou alianci a reálný vztah (Vybíral, Roubal, 2005). Na člověka působí celá psyché jeho protějšku se všemi jeho přáními, fantaziemi, pocity a emocemi, s celým jeho vědomím i nevědomím. Model vztahového quaternia je analytický termín (Müller, 2006) definující charakter setkávání mezi terapeutem a klientem, který se neodehrává pouze na vědomé úrovni, ale každý z účastníků interakce má i svou nevědomou část, se kterou je v kontaktu (sny, intuice). Terapeut s klientem se tedy setkávají i na této nevědomé úrovni. Podle mnoha zvláště analytických autorů, ví naše nevědomá mysl daleko více, než víme vědomě. Reagovat přímo z nevědomí i přes vnímaná nebezpečí může být stránkou terapeutické techniky, která je pro mnoho klientů cenná (Marcus, Hope, 2011).

Vztah terapeuta vůči klientovi vyžaduje mít o klientovi znovu a znovu fantazie (Guggenbühl-Craig, 2007). Tím, že terapeut své fantazie potlačí a vytěsňuje, neznamená, že na klienta nepůsobí. To, jak terapeut klienta vnímá, určitým způsobem ovlivňuje klientův vývoj, stejně tak jako na dítě působí fantazie rodičů či na žáka fantazie učitele. Pokud terapeut prožívá směrem ke klientovi cokoliv negativního, projeví se to na celém vztahu. Terapeuta i klienta může poškodit nejen negativně zabarvené pocity, často se jedná i o opačné případy, kdy se u terapeuta i klienta objevují sexuální přání a fantazie. Ať už se jedná o fantazie negativní či pozitivní, oboje mohou mít na terapii ničivý charakter.

3.1.1 Přenosové fenomény v terapeutickém vztahu

Způsoby, kterými klienti v psychoterapeutech indukují hostilní a averzivní emoce jsou častým předmětem diskuze. Studie naznačují, že se jedná o neustále probíhající proces v nevědomí lidí (Gaylin, 2003 in Pacual-Leone eds., 2013). Nejblíže se tím zabýval Freud v jeho konceptu přenosu a protipřenosu.

Přenos

Určité definice přenosem míní vše, co se mezi klientem a terapeutem odehrává (Fonagy, Target, 2005). V širším pojetí, jde o specifickou formu vzpomínání, kdy klient přenáší na terapeuta své minulé zkušenosti, vztahy, neuvědomovaná očekávání a emoce (Hartl, Hartlová, 2004, Vybíral, Roubal, 2010). Podle psychoanalýzy, přenosem nazýváme veškerá hnutí pacienta vůči terapeutovi, která pocházejí z raných a nejranějších objektních vztahů³ a v analytické situaci opět ožívají (Freud, 2006; Fonagy, Target, 2005). Jako opětovné prožívání minulého vztahového vzorce s terapeutem přenos chápe většina terapeutů. Nejsou to tedy nové výtvořky, ale určité opakující se vzorce reakcí, které nám tak poskytují informace o citovém a pociťovém prožívání klienta v minulosti. V užším pojetí se přenosem míní specifická a neuvědomovaná iluze vznikající vůči terapeutovi v průběhu psychoterapeutického procesu.

Podle teorie A. Freud (2006) existuje několik typů přenosu. Jedním z nich, je přenos libidinózních hnutí, tzv. jednoduchý typ přenosu, kdy klient vůči terapeutovi pociťuje prudké city (lásku, nenávisť, žárlivost, strach apod.), které mají původ ve starých pociťových vzorcích z období dětství. Přenos druhého typu nám navíc poskytuje informace, které odhalují a doplňují klientův vývoj a mohou náležet i současnému životu klienta. Pokusy o výklad tohoto typu přenosu jsou složitější než u předešlého typu, jelikož se jedná o neznámé části psyché klienta a klient se proti nim výrazněji brání. Interpretace těchto typů přenosu se vztahují na minulost a mohou osvětlit celé periody klientovi individuální minulosti. Třetím typem je podle A. Freud tzv. agování v přenosu, který se děje i mimo terapii. Klient své přenosové city převádí do jednání v jeho každodenním životě. S tímto typem přenosu se terapeutovi zachází ještě hůře než s přenosem obranných forem.

³ **Objektní vztah** je psychoanalytický termín vyjadřující vztah subjektu k objektu (Vybíral, Roubal, 2010)

Klient by měl na terapeuta přenášet své vnitřní obsahy kdykoliv je to možné (Guggenbühl-Craig, 2007). Úlohou terapeuta je tyto obsahy přijímat, vnímat je, snažit se je rozptýlit a sledovat jejich počátky. Tím lze dojít k příčinám klientových problémů. S přenosem otevřeně pracuje např. psychoanalýza nebo KBT, která si přenosových obsahů záměrně všímá. Přenos může zásadním způsobem ovlivňovat terapeutický vztah. Potíže s jeho vytvářením mohou odrážet potíže ve vztazích mimo terapii. Tím jsou přenášeny do terapeutické situace a jejich zkoumání může pomoci odhalit možné příčiny těchto problémů. K přenosovým reakcím patří i pokusy o manipulaci nebo emoční reakce jako je např. hněv, strach a pocit ohrožení, které stojí na klientových minulých zkušenostech křivd a zneužití, které nyní přenáší na terapeuta (Vybíral, Roubal, 2010). Na základě přenosových mechanismů tak mohou být vyvolány i antipatie vůči klientovi, které mohou být odpovědí na klientův přenos.

Protipřenos

Psychologický slovník definuje protipřenos jako vztah terapeuta ke klientovi a přenášení neuvědomovaných očekávání terapeuta na klienta (Hartl, Hartlová, 2004). V širším významu se protipřenos chápe jako souhrn terapeutových citů a postojů ke klientovi, jeho specifické emocionální odezvy vyvolané specifickými kvalitami klienta (Machado eds, 2014; Vybíral, Roubal, 2010). Podle psychoanalytické teorie je definován jako terapeutovo iracionální myšlení nebo nevhodné emoce zažívané v reakci na klienta, což má za následek ztrátu objektivního postoje (Williams, Day, 2007). Geltner (2006) vysvětluje protipřenos na základě analogie s pianem, kde terapeut představuje piano. Jakmile poslouchá klienta, otevře své klávesy a vyzývá klienta, aby na ně začal hrát. Každá klávesa, na kterou klient udeří, každý tón, je terapeutovi vlastní, ale je to klient, který ho rozehrál. Protipřenos je tedy klientem hraná melodie, která působí na pocity terapeuta.

Protipřenos byl poprvé projednán Freudem v roce 1910, který ho popsal jako výsledek klientova vlivu na nevědomé konflikty terapeuta. Freud před touto konstrukcí, která pochází z přenosu, varoval. Pokud ji terapeut nemá pod kontrolou, může vznikat nebezpečí, že se terapeut svými pocity ke klientovi nechá unášet. Terapeut může na klienta projíkovat vlastnosti, které s klientem ve skutečnosti nemají mnoho společného, a tím blokovat další klientův vývoj (Guggenbühl-Craig, 2007). Negativními protipřenosovými pocity se zabýval i Winicott, který v roce 1949 referoval o zažívajících pocitech hněvu vzbuzených

u terapeutů při léčbě psychotických pacientů (Machado, eds, 2014). Jeho přínos spočíval v přeměně pozice analytika jako pasivního pozorovatele do nového objektu, který se stal aktivní součástí společné aktivity (Fonagy, Target, 2005). V hlubinných terapeutických směrech je celá řada pojetí protipřenosu⁴. Naopak v teorii a praxi rogersovského přístupu není těmto otázkách věnována větší pozornost (Hučín, 2001). V KBT přístupu se protipřenosové fenomény mohou u některých klientů, např. u těch, kteří trpí poruchou osobnosti, stát ohniskem terapie (Vybíral, Roubal, 2010).

Rozsáhlý příspěvek přinesl Racker, který popsal protipřenosovou neurózu a klasifikoval ji na konkordantní a komplementární (Machado, eds, 2014; Vymětal, 2004). **Konkordantní identifikace** je výsledkem ego identifikace mezi klientem a terapeutem, která produkuje harmonii (Machado, eds, 2014). Konkordantní identifikace dodává terapeutovi emoční vědomost o prožitkovém světě klienta (Vymětal, 2004). Terapeut se identifikuje s klientovou fantazií o sobě. Např. pokud se klient cítí nekompetentní, vyvolá tento pocit v terapeutovi (např. kritikou), který se s tím identifikuje a začne se tak sám cítit. Zde spočívá nebezpečí, že terapeut nerozpozná, že se jedná o protipřenosové reakce a bude je pokládat za své vlastní. Při práci s identifikačními prožitky je nezbytná schopnost vlastní reflexe, schopnost vytvořit si odstup, který umožní tyto pocity identifikovat, zpracovat a klientovi nabídnout možnosti zvládnutí. Pokud terapeut rozvine protipřenos založený na **komplementární identifikaci**, identifikuje se s nějakým vnitřním objektem klienta, což má obvykle za následek nepříjemné pocity (Machado, eds, 2014). Terapeut se identifikuje s klientovým psychickým obrazem druhých, s přenosovou fantazií o reprezentaci objektu, čili kým je terapeut v klientově fantazii, např. jeho otcem. Terapeutova identifikace s nějakou postavou v klientově životě, umožňuje porozumět tomu, jak ho klient vnímá (Vymětal, 2004). Do komplementární identifikace ústí tzv. odehrávání, což je „*situace, kdy klient svým chováním vyvolá u terapeuta prožitky (či chování), které odpovídají tomu, jak prožívá a vidí druhé ve svém okolí, a jak prožíval a viděl významné lidi (zejména rodiče) ve svém životě.*“ (Vymětal, 2004, s. 247).

V současné době se obecně na protipřenos dívá jako na důležitý zdroj pro pochopení neverbální komunikace. Zachycení protipřenosových pocitů terapeutovi umožňuje porozumět sdělení klienta a jeho nepřímým náznakům. Protipřenos, emocionální reakce

⁴ V analytických terapeutických směrech se rozlišuje tzv. **iluzorní přenos**, což je subjektivní projekce terapeuta. Pokud nejsou včas rozpoznány, že dojde k poškození nemocného. Druhý typ přenosu, tzv. **skutečný přenos** vzniká ve vztahu určitou inscenací ze strany klienta. Je považován za účinný terapeutický nástroj. Jeho rozlišení a interpretace stojí ve službě léčby (Hučín, 2001),

terapeuta směrem ke klientovi, je tak důležitým technickým prvkem v psychoterapii, který představuje cenný zdroj informací o klientovi (Machado, eds, 2014). Přesto se protipřenosové pocity v terapii vnímají jako komplikace (Hučín, 2001). Protipřenos jako jeden z potenciálních důvodů negativních pocitů terapeuta směrem ke klientovi se objevuje, když jsou v terapii vyvolány terapeutovy vlastní nevědomé konflikty (Williams, Day, 2007). Ke zjištění, zda se nejedná o protipřenos by se terapeuti měli sami sebe ptát zda, jim klient nepřipomíná někoho, s kterým měli nebo mají obtížný vztah, nebo zda klient někoho nepoškodil, může se jednat např. o zneužívání, domácí násilí, nevěru atd. Klient může terapeutovi připomínat jeho vlastní podobná zranění způsobené jiným člověkem. Terapeutovi negativní emoce z jeho špatné zkušenosti mohou být přeneseny na klienta (Williams, Day, 2007).

Vybíral s Roubalem (2010) uvádějí několik významů protipřenosu:

- a) Odpory vznikají v terapeutovi aktivací jeho vnitřních konfliktů, které narušují schopnost porozumět. Toto ochromení způsobují terapeutova tzv. slepá místa.
- b) Terapeutův přenos na klienta, který se stává skutečnou náhražkou za důležitou osobu v jeho dětství
- c) Porucha komunikace mezi terapeutem a klientem pro terapeutovu úzkost navozenou typem klientova vztahu
- d) Osobní charakteristiky terapeuta nebo souhrn vědomých a nevědomých postojů terapeuta
- e) Specifická omezení terapeuta vzbuzená určitým druhem klientů a specifická reakce terapeuta na přenosy klientů
- f) Přiměřená emoční odezva na klienta

Protipřenos může způsobit nespočet terapeutových reakcí, které mohou nebo nemusí zahrnovat negativní emoce vůči klientovi, např. terapeut si může užívat nebo podporovat možnou klientovu závislost na terapeutovi (Williams, Day, 2007). Mě zajímá především jedna specifická reakce, kterou může protipřenos vyvolat, a tou je terapeutova zažívaná averze ke klientovi.

3.2 Hranice ve vztahu terapeut – klient

Každý fungující celek musí mít zřetelné hranice. Hranice většinou odkazují na fyzický prostor, ve kterém určují tvar a pomáhají definovat funkce v daném prostoru. Hranice mohou také odkazovat na normy chování, nepsaná pravidla. Znamenají určitou mez přijatelného a nepřijatelného chování, která odlišuje „normální chování“ od toho nepřijatelného, deviantního chování (Fox, 2007). Tyto hranice překračuje někdo, kdo je např. provokativní, kdo na nás příliš tlačí.

Hranicí v psychoterapeutickém vztahu mezi dvěma lidmi se míní pomyslné dělítko, určující co je záležitostí terapeuta a co je záležitostí klienta (Kopřiva, 2013). Hranice upozorní na to, že to je klientův vztek a klientova zlost, která vzniká v jeho životě. Z terapeuta vlastního života vznikají jiné pocity, za které odpovídá a může s nimi v rámci možností něco dělat. Psychická hranice tak představuje ochrannou bariéru vůči tomu, co je vně. Člověk se stará v první řadě o své potřeby, vstupuje do vztahů s okolím a přijímá to, co mu zdá dobré a užitečné a odmítá to, co se tak nejeví. Význam zachování hranic autonomie spočívá v tom, aby terapeut pro sebe nezabral nebo nenechal si vnutit či posunout pravomoce, jež patří do kompetence klientů (Kopřiva, 2013).

Psychoterapeuti zabývajícími se problémy a záležitostmi druhých, by měli mít hranice ujasněny o to zřetelněji. Pro ně je v důsledku jejich každodenního kontaktu s utrpením zvláště důležité, nebrat životní zájmy a problémy druhého stejně vážně, jako ty své. I terapeuti prožívají úzkost a tíhu v kontaktu s těžkými situacemi svých klientů. Z toho může plynout problém, který spočívá ve vymezení nepropustných hranic znemožňujících dialog mezi terapeutem a klientem (Kopřiva, 2013). Vytvoření uzavřených a nepropustných hranic je někdy obrana a prozrazuje strach ze závislosti, z tzv. splynutí, které je hlavním problémem psychoterapeutického vztahu, kdy terapeut naopak bere záležitosti klienta příliš za své vlastní (Kopřiva, 2013). Z tendence splývání mohou vyplývat vlastní pocity viny, bezmoci, samoty. Ideálním stavem jsou dobře stanovené a polopropustné hranice, které umožňují výměny s vnějším prostředím a zároveň jsou dostatečně pevné k udržení vlastní nezávislosti (Yontef, 2007). V psychoterapii je třeba, aby terapeut i klient respektoval specifickou potřebu vzdálenosti. Pevná a plynulá hranice je důležitá pro to, aby psychoterapeutická práce mohla probíhat bezpečně. Jak uhájit svou vlastní hranici vůči manipulaci klienta? V takových situacích přichází k uplatnění asertivní chování, sebeprosazení respektující práva druhého (Kopřiva, 2013).

4 Set terapeuta

Na podobě terapeutického vztahu se mimo jiné podílí tzv. set terapeuta. Jedná se o vnitřní stav terapeuta a vše, s čím vstupuje do terapie. Set terapeuta tvoří několik složek. První z nich se týká otázky příslušnosti k určité psychoterapeutické škole, čili přístup, podle kterého pracuje, které konkrétní terapeutické postupy používá, jak moc je ve své práci dogmatický nebo naopak flexibilní. Další faktor, který velmi silně ovlivňuje terapii je teoretická výbava a svou roli sehrává i zkušenost terapeuta, jak profesní, tak i životní, která vyplývá z jeho osobní historie. Terapii ovlivňují např. i zájmy a prožité aktivity terapeuta, které se mohou projevit např. ve formě příměrů a metafor. Velmi důležitá je terapeutova sebezkušenost, která má několik základních významů a které se budu podrobněji zabývat v pozdější kapitole. Mezi další složky terapeutického setu se řadí terapeutova motivace, jeho aktuální stav, míra empatie, vřelosti, transparency, míra projevování zájmu o klienta a v neposlední řadě terapeutova osobnost, která je jedním z hlavních obecných účinných faktorů v procesu psychoterapie (Vybíral, Roubal, 2013). Terapeutův set jistým způsobem ovlivňuje přítomnost a charakter jeho averzivních pocitů zažívaných v terapeutickém vztahu. Této problematice se budu dotýkat i v empirické části při analýze jednotlivých výpovědí respondentů.

4.1 Osobnost terapeuta

V psychoterapeutickém procesu se jako důležitý aspekt ukazují charakteristiky terapeuta a jeho různé složky, které mají podíl na utváření terapeutického vztahu (Olson eds., 2011). Vlastní osobnost pracovníka je tím hlavním a nejdůležitějším nástrojem ve všech pomáhajících profesích (Kopřiva, 2013; Schmidbauer, 2000). Psychoterapie se dá rovněž charakterizovat jako léčba terapeutovou osobností (Vybíral, Roubal, 2013). Pro osobnost terapeuta je nezbytná osobnostní zralost a vnitřní stabilita, která se projevuje vyšší frustrační tolerancí (Vymětal, 2004). Tyto kvality může terapeut získat prostřednictvím sebezkušenosti, která v ideálním případě vede k pozitivnímu přijetí sebe sama, tudíž i klienta. Člověk, který je vnitřně stabilní, není tolik zaujat sám sebou a lze od něj očekávat otevřenost a altruistickou motivaci (Vymětal, 2004).

Mezi obecné vlastnosti, které podporují psychoterapeutický proces, patří autenticita, akceptace, empatie a kongruence (Weis a kol., 2011; Hučín, 2001). To jsou základní

proměnné, které by měl podle klasického modelu rogersovské psychoterapie terapeut naplňovat. Mezi další související dovednosti, patří schopnost pozitivně oceňovat, umět si poradit s nedorozuměními, schopnost náležitě a v pravou chvíli pojmenovat interpretovat to, co se ve vztahu děje (Vybíral, Roubal, 2013). Podle literatury patří k vlastnostem ideálního psychoterapeuta také porozumění, vstřícnost až vřelost, flexibilita, zájem, pozornost, zvědavost a otevřenost (Hawkins, Shonet, 2004). Struktura povahových vlastností však není pro účinek terapie podstatná. Není totiž ideální osobnost psychoterapeuta (Kopřiva, 2013). „*Ideály existují pouze v představách, a nikoliv v realitě. Jejich účelem je pouze ukazovat směr, a nikoliv poskytovat závaznou normu,*“ (Kopřiva, 2013 s. 62). Každý z nás má nějaké své osobní omezení a nabízí klientům něco jiného. Na základě osobnostních rozdílů se ne každý terapeut hodí ke každému klientovi (Úlehla, 1999). Nejen terapeut, ale také klient má svůj set, se kterým vstupuje do terapie. Každý jsme nějaký typ (např. extrovert, introvert) a máme určitý komunikační kanál. Je důležité mluvit s klientem podle jeho setu. Každý terapeut má také určitou kapacitu pro to, kolik je vnitřně schopen pojmout klientů nebo kolik utrpení dokáže snést.

Do terapeutické práce se promítá celý terapeutův přístup k lidem, k životu. Osobnostní složka terapeutického setu hraje velkou roli mimo jiné i při výběru určitého psychoterapeutického směru a volbě jeho zaměření, které by mělo jeho osobnosti odpovídat. Osobnost terapeuta a jeho světový názor řídí terapeutův život a tvoří ducha jeho psychoterapeutické práce. Stejně jako farář a kněz, i psychoterapeut pracuje pomocí jeho duše, jeho osoby. Metody a techniky jsou druhotné. Podle dotazníkového šetření (Kopřiva, 2013) patří mezi nejdůležitější požadované schopnosti nebo vlastnosti náklonnost, trpělivost, vcítění a odbornost, která se umístila až na čtvrtém místě. Použité techniky hrají v léčebném procesu roli jen z 15%. Naproti tomu empatie, vstřícnost, akceptování a povzbuzování na straně terapeuta se na změně pacientova stavu podílejí až z 30%⁵. (Lambert, 1992 in Vybíral, Roubal, 2010). Podle dalších mnoha autorů (Kottler, J, Carlson J., Glasser, W., 2006) je více než jakákoliv konkrétní technika tím nejužitečnějším navázaný vztah terapeuta s klientem.

Významný faktor, který má vliv na rozvoj a průběh psychoterapeutického vztahu je empatie, která se vyznačuje schopností vcítit se do duševního stavu druhého člověka,

⁵ Dalšími faktory, které se podílejí na účinnosti léčby jsou ze 40% faktory, které nejsou závislé na terapii: sociální opora, náhody a štěstí, jiné okolnosti a z 15% se jedná o samotný faktor očekávání, že léčba pomůže (Lambert, 1992 in Vybíral, Roubal, 2010)

pochopit jeho emoce, motivy, snahy, které ten druhý nevyjadřuje přímo verbálně, které nevyplynou z jeho komunikační situace (Úlehla, 1999). Smyslem empatie, která je během přípravy na povolání psychologa cíleně a vědomě pěstována a kultivována, je prostřednictvím vcítění poznat duševní život druhého a pomoci mu (Pelcová, 2010). Terapeut by měl být schopen dívat se na svět očima klienta a současně by neměl potlačovat případné negativní pocity ke klientovi, ale měl by se jim snažit porozumět. Schopnosti opravdu pochopit, co klient zažívá, může velmi ovlivňovat terapeutovo hodnocení klienta (Williams, Day, 2007). To platí zejména, pokud terapeut nesdílí klientovu zkušenost. Terapeut si tak nemůže být vědom všech problémů a bariér nebo jiných faktorů, které se podílí na chování klienta. To může podkopat terapeutovu schopnost soucitu nebo sympatie u konkrétního klienta. K vybudování většího porozumění, pochopení a empatie ke klientovi může pomoci udržování zvědavého postoje o zkušenostech klienta stejně jako čtení knih, článků a jiné literatury, která se vztahuje ke klientově zkušenosti. Proces empatie zahrnuje identifikaci, zpracování a porozumění prožitkům (Vymětal, 2004). Zároveň je třeba vytvořit si odstup, aby terapeut např. nebyl zcela zahlcen klientovou úzkostí. To je ideál. Jaká je ale praxe? Jak často se terapeuti nechávají zahltnout klientovými pocity?

Navzdory rozdílnosti v charakteristikách a dovednostech osobnosti jednotlivých terapeutů, se každý z nich za svou profesionální kariéru setkal s klienty, kteří jim byli nesympatičtí. U někoho se možná jistá antipatie projevuje nejasným pocitem strachu před konzultací u jiného jasně identifikovatelnou averzí vůči konkrétnímu klientovi (Williams, Day, 2007). Zkušenosti práce s takovým klientem je téměř jistě povědomá většině psychoterapeutů navzdory jejich osobnosti, úrovni dovedností, zkušeností nebo jejich teoretické orientace.

4.2 Motivy volby psychoterapeutického povolání

Co vede člověka k tomu, zabývat se temnou stránkou lidské psychiky? Co nutí některé lidi pomáhat zraněným a trpícím? Průměrný člověk má sklon psychické utrpení druhých bagatelizovat a preferuje minimální kontakt s trpícími a problémovými jedinci. Psychoterapeuti jsou v tomto směru zvláštním druhem. Jedním z nejfrekventovanějších, a podle Hawkinse a Shoneta (2004) také tím nejzásadnějším důvodem, proč se člověk rozhodne stát psychoterapeutem, je touha pomáhat ostatním. Avšak lidská ochota pomáhat je velmi širokou oblastí a rozhodnutí pro toto povolání je mnohem komplexnější. Motivy pomáhat představují obtížný a často ambivalentní proces (Hawkins, Shonet, 2004).

Pronikání vnitřní strukturou motivů je stěžováno vzájemným překrýváním motivů různých vrstev, vědomých a nevědomých. Sdružené propletené motivy jsou často nevědomé, náhodně ovlivněné a pravděpodobně těžko srozumitelné pro samotného jedince až do jeho pozdní kariéry (Norcross, Faber, 2005). I ti „nejsvatější“ mezi terapeuty jsou obklopeny komplexem různých nejasných motivů, které jsou více či méně obdivuhodné a více či méně vědomé. Avšak čím více jsme si vědomi svých motivů a potřeb, tím se zvyšuje pravděpodobnost, že dokážeme skutečně pomáhat. Řada motivů může mít vliv na pracovní spokojenost i výkon, proto je ustanovení vlastních motivů touhy stát se psychoterapeutem velmi důležité. Zkoumání svých motivů, zahrnuje přiznání si stinných stránek vlastních impulzů pomáhat. Hawkins a Shonet (2004) považují prozkoumání a upřímné zamyšlení nad svými vlastními „dobrymi“ i „špatnými“ motivy, které každého pomáhajícího přivedly k vykonávání jeho profese za nezbytný předpoklad účinné pomoci bez nevědomého využívání druhých pro své vlastní účely. *„Nejde o to, některé trochu zahanbující motivy potlačit, ale nalézt odpovídající způsob, jak uspokojit potřeby, které tyto motivy představují,“* (Hawkins, Shonet, 2004, s. 51). K budování stabilní motivace přispívá duševní hygiena psychoterapeutů.

Povolání psychoterapeuta znamená pro mnoho lidí činnost nepochybně smysluplnou. Volbou tzv. pomáhající profese se člověk ocitá v každodenním kontaktu s člověkem takovým, jaký je, v kontaktu s životem. Člověk, který každodenně prostřednictvím psychoterapie vytváří prostor pro podporu druhého, umožňuje jeho sebereflexi a pomáhá hledat řešení náročných situací, tak může mít uspokojivý pocit z odvádění smysluplné práce, do které se může na plno angažovat bez toho aniž by ho zaplavovaly pochybnosti o tom, jakému vývoji to vlastně napomáhá. Podle kvalitativního výzkumu Hilla eds. (2013), který zkoumal motivaci vysokoškolských studentek psychologie k povolání psychoterapeuta, se zjistilo, že mezi nejčastější důvod pro volbu psychoterapeutického povolání patří smysl a důležitost dávání druhým. Motiv pomáhat druhým byl společný všem participantům. Jedná se o celkově nejfrekventovanější důvod volby stát se psychoterapeutem (Hill, 2013, Norcross, Faber, 2005). Takový motiv je zcela vědomý, společensky žádoucí a profesionálně přijatelný. Další pravděpodobné motivy jsou však mnohem méně jasné a méně vědomé, než je tento. *„Nikdo nedokáže jednat pouze na základě čistých motivů. I ty nejušlechtlejší činy vycházejí z čistých i nečistých, světlých i temných motivů.“* (Guggenbuhl-Craig, 2007, s. 14).

Další zisky, které pomáhající profese přináší, jsou zároveň potenciálním zdrojem problémů. Jednu z mnoha motivačních rolí, mají nevědomé složky motivace terapeutů. Nevědomé pohnutky, mohou být přínosné pro osobní vypořádání se s problémy. Ochota pomáhat je tak plná číhajících pohnutek touhy po moci, uznání a nenaplněných potřeb. Povolání psychoterapeuta skýtá příležitost k překonání např. pocitu osamělosti, méněcennosti a nejisté sebeúcty pomocí kontaktu s klienty. Jde o tzv. rozšíření hranic vlastního já i na druhé lidi (Kopřiva, 2013). Terapeut se tak ve vztahu s klienty může cítit jako méně osamělý a významnější. Zůstává otázkou, zda vůbec existuje skutečný altruistický vztah k lidem, v němž by nehrál žádnou úlohu vlastní prožitek uspokojení? Schmidbauer (2000) píše, že rozlišení, jaké chování můžeme pokládat za altruistické a jaké za egoistické závisí na kultuře, v níž žijeme. Ve výzkumu Hilla eds. (2013) participanti uváděli k volbě psychoterapeutického povolání motivy, které by se daly rozdělit na **motivy orientované na druhé** (motivace pomáhat ostatním, altruistická motivace) a **motivy orientované na sebe** (motivace pomoci sobě, egoistická motivace). Všichni respondenti zmínili motivy z obou hlavních kategorií. Autoři objevily pět kategorií egoistické motivace k vykonávání psychoterapeutického povolání: 1. pomoci či napravit sebe samého, 2. mít zábavné, uspokojující a potěšitelné zaměstnání, 3. působit na životy druhých lidí, 4. psychoterapeutická práce jako smysl života, 5. volnost, flexibilita a rozmanitost terapeutického povolání. Toto zjištění jen potvrzuje spletnost a různorodost motivů, které se nedají označit čistě za altruistické. Dá se říci, že volba psychoterapeutického povolání pravděpodobně vždy přináší i nějaký pocit egoistického uspokojení.

Také Norcross a Faber (2005) v jejichž práci si kladli za cíl proniknout hlouběji pod povrch obecně uváděných motivů, zjistili, že jedním z hlubokých trvalých vnitřních motivů, který je zásadním determinantem pro volbu povolání psychoterapeuta, je motiv sebeléčby a motiv vlastního růstu. Terapeuti jsou si vědomi léčebné síly vztahů. Mnoho psychoterapeutů si tak vybírá tuto profesi částečně kvůli dialektice vztahu lékař-nemocný a jejich zájmu na řešení vlastních konfliktů prostřednictvím interpersonálních vztahů s klienty. Tento neurotický motiv je naštěstí mezi profesionály zabývající se duševním zdravím typicky převýšen zralejším motivem altruismu. Podle zkušeností Norcrossa a Fabera (2005) je jen minimum klinických pracovníků, kteří jsou chronicky posedlí vlastním bojem na úkor poskytování odborné služby klientům. Nicméně i z traumatu, který se může zdát jako škodlivý, můžeme vytěžit něco dobrého. Vzpomeňme si na kentaura Cheirona, „zraněného léčitele“, který trpěl neléčitelnou ranou. Tento mytologický obraz zraněného léčitele

psychologicky znamená, že v každém pacientovi se nachází lékař a stejně tak v každém lékaři se nachází pacient. Jde o tzv. léčivý faktor, bez kterého se žádný pacient neuzdraví a bez kterého žádný lékař nemůže léčit. C. G. Jung (in Guggenbühl-Craig, 2007) tvrdí, že pouze zraněný lékař dokáže léčit. Touha po vlastním růstu slouží terapeutům jako interní reference pro směřování klientů. Krom toho terapeutova víra ve vlastní růst může modelovat víru u klientů a katalyzovat jejich motivaci. Pokud se terapeut cítí sám naplněn, pak může klientům nabídnout, co skutečně potřebují. „*Žádného pacienta totiž nemůžeme dostat dál, než jsme sami*“ (Jung, 2008, s. 192). Komplexy jsou podle Junga (2008) normální ohniska duševního dění, které nedokazují žádnou chorobnou poruchu. Chorobným se komplex stává tehdy, když se člověk domnívá, že ho nemá. Problém popíraných komplexů a nevědomých motivů má několik podob, které si přiblížíme v následujícím textu.

Podle Schmidbauera (2000) se lidé někdy stávají psychoterapeuty proto, že je pro ně samotné obtížné, nechat si pomoci a tak delegují závislost na své klienty. Mnozí utíkají před vlastními problémy ke své práci a ke svým klientům, které používají k posilování svého narcismu. Pomáhání tak nesouvisí s prožitkem smyslu, nýbrž s tím, že se pomáhající vyhýbá ostatním podobám prožívání a svět si nutkavě zužuje na pouhé pomáhání. To, co stojí v jejich základu vůle pomáhat, je obrana. Tato strategie, však může fungovat jen dočasně. Dříve nebo později u dotyčných následně dochází k tzv. syndromu vyhoření, o kterém bude řeč později. Pomáhání jako výsledek nevědomé obrany proti emocionální bezmoci pomáhajícího nazval Schmidbauer jako „syndrom pomocníka“, který pojal jako specifickou narcistickou poruchu, kterou doprovází neschopnost projevit vlastní city a potřeby. Slabost, bezmocnost a otevřené přiznání emocionálních problémů jsou vítány a podporovány u druhých, zatímco vlastní problémy terapeuti snadno bagatelizují a zastírají. Sepětí s vytěsňováním a nevědomými obrannými mechanismy, se může stát mimořádně důležitým pro emocionální konflikty a psychohygienické problémy psychoterapeutického povolání. Vytěsňené emoce jako je např. bolest z odmítnutí, ponižující bezmoc, zuřivost, touha po závislosti a podobné city, se díky obranám neprojevují a zůstávají mimo vědomí. Pokud obrana přestane fungovat, nastoupí úzkost, stud, deprese, pocit viny, prázdnoty nebo jiný nepříjemný pocit. Hlubší vrstvu vytěsněných emocí, proti nimž se budují obrany, vyjadřuje terapeutův stín, kterému se podrobněji věnuji v následující kapitole.

4.3 Terapeutický stín

Jak bylo popsáno v předešlých kapitolách, základním nástrojem v pomáhajících profesích je osobnost pomáhajícího. Tato osobnost však zároveň může působit také nesnáze v psychoterapeutickém procesu, které mají na svědomí slabá místa a nevyřešené konflikty, které mohou stát v základě motivů osobnosti pomáhajícího. Stinné stránky motivů pomáhat, které působí destruktivně na terapeutický vztah, souvisí podle jungiánské psychologie s problematikou stínu (Jung 2003, Guggenbühl-Craig, 2007), kterou se budu v této kapitole zabírat podrobněji.

Tzv. terapeutický stín je archetyp temnoty a potlačení, který reprezentuje odvrácenou stranu naší osobnosti. Obsahuje nepříjemné a nemorální aspekty našeho já, k nimž se nechceme hlásit, chceme je skrýt před ostatními i před sebou (Jung, 2003). Tyto skryté nebo nevědomé aspekty naší osobnosti byly buď vytěsněny, nebo vůbec nerozpoznány. Archetypový stín působí přirozeně u všech lidí. I zdravý průměrný člověk opakovaně propadá sebedestruktivním a agresivním tendencím. Destruktivní stránka je však pro lidský vývoj důležitou součástí. „*Jen ten, kdo má svobodu k ničení, se může svobodně obrátit ke světu s láskou,*“ (Guggenbühl-Craig, 2007, s. 86). Vyrovnání a částečné přijetí temných aspektů své osobnosti, je důležité pro osobnostní vývoj a to zvláště u terapeuta, který by měl vědět, v jakých situacích ve vztahu s klientem se jeho stinné stránky mohou projevovat nebo jaký vliv mohou mít na motivy jeho chování. Pokud terapeut svůj stín nepřijme, mohou se v jeho chování objevit tendence ke kompenzaci slabých stránek osobnosti prostřednictvím psychoterapeutického povolání, které narušují psychoterapeutický proces a proto je zásadním požadavkem každého terapeuta, vypořádat se se svými stíny. Rozpoznat a uvědomit si stín však nelze bez značného vynaložení morálního úsilí (Jung, 2003). Větší jasno, můžeme získat jedině tím, že se budeme zabývat historií osobnosti, tím, co jí tvarovalo a podmínkami, ve kterých pracuje a žije. Uvědomění si některých vlastních stinných stránek dojde k posunu nejen u terapeuta, ale také u klienta. Naopak neustálé potlačování se může projevovat problémy se zneužitím moci (Jung, 2003).

Stín tvoří všechny potlačené pocity, které mají vztah k našemu primitivnímu živočišnému já, může se jednat např. o pocity méněcennosti, které jsou podle Junga (2008) kompenzovány různými způsoby, např. ve snech, fantaziích nebo v projekci. Tendence ke kompenzaci slabých stránek osobnosti prostřednictvím psychoterapeutického povolání narušují psychoterapeutický proces a proto je zásadním požadavkem každého terapeuta,

vypořádat se se svými stíny, tj. důkladněji zkoumat své temné charakterové rysy, respektive méněcennosti, které stín tvoří (Jung, 2003). „*I terapeut silně ovládaný mocenskými choutkami může činit rozhodnutí, která jsou pro klienta užitečná. Existuje však velké nebezpečí, že čím více takový terapeut klame sám sebe, že jedná „pouze“ na základě nezištných motivů, tím více získává mocenský stín navrch a případně ho nutí k velmi sporným rozhodnutím.*“ (Guggenbuhl-Craig, 2007, s. 14 - 15). Důležité a zároveň to nejtěžší nejen pro psychoterapeuta, ale i pro obyčejného člověka je, aby si v souvislosti s působením stínu uvědomoval vlastní destruktivní a sebedestruktivní tendence a prožíval je v sobě, a ne v projekci (Jung, 2003).

Psychoterapeut je však ve vztahu k archetypálnímu stínu ve velice nešťastné situaci. Jak praví jedno české přísloví: Pod svícem bývá největší tma. Terapeutovi znalosti a předpoklad toho, že zná sám sebe, ho vede k tomu, že se pozorně soustředí na témata svých klientů a své temné stránky odděluje. Terapeut se tolik soustředí, aby pomohl klientům, kteří přicházejí do terapie se svým stínem, že zapomíná na ten svůj. Jeho prostředí je již tolik prostoupené působením archetypového stínu, že už nemá sílu studovat jeho působení u sebe samého (Guggenbühl-Craig, 2007). Psychologický zákon praví, že čím více se snažíme o něco světlého, tím silněji se u nás konsteluje temný protiklad. Takže v psychoterapeutovi, který se snaží být si sám vědomý a zvědoměním pomoci svému klientovi, se tento temný protiklad konstituuje silněji než u normálního člověka „neterapeuta“. Vyjádřeno paradoxem: „*čím více si terapeut uvědomuje, tím je nevědomější; čím více osvětlujeme jeden roh místnosti, tím více se zdá, že se ostatní kouty topí ve tmě.*“ (Guggenbühl-Craig, 2007, s. 90). To je úskalí psychoterapeutického povolání, ve kterém se psycholog každodenně vědomě snaží s dobrou vůlí pomoci lidem od jejich destruktivnosti a zároveň se v jeho nevědomí stejně tolik destruktivní síly vytváří.

Jestliže chce terapeut skutečně přicházet na stopu svému stínu, musí se nejprve vypořádat se svými fantaziemi vůči klientovi, kterým se nedá vyhnout a které jsou v souvislosti s fenoménem stínu důležité. Mnozí terapeuti se snaží své fantazie ohledně pacientů vytěšňovat nebo odsouvat jako něco, co by nemělo být. Obsah těchto fantasií však přesto působí dál. Terapeut např. z nějakého důvodu nemá během sezení s klientem dobrý pocit. Může se jednat o pocit úzkosti, nejistoty, neochoty, odporu nebo dokonce v dlouhodobém terapeutickém vztahu až o pocit nenávisti vůči klientovi. Byl by sebeklam hrát si na objektivního terapeuta. Terapeut působí léčivě nikoliv jako stroj, ale jako člověk.

K problémům s potenciálními nepříjatými stinnými stránkami může docházet na velmi nenápadné úrovni ve formě nepříjemných až averzivních pocitů na straně terapeuta i klienta, kdy se jeden či druhý (často však oba) cítí při společném setkání nesví. Někdy se jen terapeut s klientem nemusí cítit dobře, klient mu nějak nesedí, během sezení s tímto klientem není sám sebou, nedokáže se na klienta pořádně soustředit nebo si s klientem neví rady. Co za těmito pocity stojí a jak s nimi zacházet? Guggenbühl-Craig ve své knize (2007) tvrdí, že terapeut by měl být především sám k sobě i ke klientovi poctivý. Neměl by si před klientem hrát na někoho, kdo svému stínu nepropadá a naopak by měl být připraven svá pochybení přiznat. V terapeutickém vztahu se oba stíny vzájemně stimulují nebo podporují, čili pokud si terapeut neuvědomí svůj vlastní stín, nemůže přijít na stín klienta, protože je např. až příliš zaměstnán odporem, který se projevuje antipatiemi až pociťování averze vůči klientovi a který je pro terapii destruktivní. Jak terapeuti vnímají souvislosti svých stinných stránek s pocity, které během terapeutického procesu zažívají? Terapeutův stín se vynořuje vždy v souvislosti s určitými tendencemi u klienta, které jsou vzhledem k terapii destruktivní. Které tendence jsou pro terapeuty ty nejčastěji ohrožující?

4.3.1 Potřeba pomáhat

Povolání mnoha terapeutů určuje hluboká vnitřní potřeba, která je ovlivněna osobní i sociální historií pomáhajícího. Potlačované potřeby ve vztahu k práci i ke klientům tvoří jednu polohu stínu, proto je třeba se postojem pomáhajícího k vlastním potřebám zabývat. Psychoterapeuti se během výcviku učí věnovat pozornost potřebám klientů a často je pro ně obtížné soustředit se na své vlastní potřeby, někdy to dokonce považují za sobecké. Přesto tu tyto potřeby zůstávají. Hawkins a Shonet (2004) jsou přesvědčeni, že potřeby psychoterapeutů jsou přítomny v samotné motivaci k práci, kterou dělají. Podle Hillmana (1979, in Hawkins a Shonet, 2004), by psychoterapeut terapii nemohl dělat, pokud by jí nepotřeboval. Stejně tak, jako klient potřebuje pomoc od terapeuta, terapeut potřebuje možnost vyjádřit schopnost poskytnutí pomoci. Častá potřeba psychoterapeutů být lidem potřebný, ale není totéž, jako, když někdo rád pomáhá lidem. Ten, kdo potřebuje být potřebný, se zároveň vzdává uskutečňování svých potřeb a o to více se stará o druhé, aby se zbavil svého pocitu samoty a zbytečnosti (Kopřiva, 2013). Terapeutův stín tedy souvisí s omezeným vnímáním narcistických potřeb nebo svých potřeb vůbec. Samotné potřeby nejsou pro terapii škodlivé, pouze pokud jsou popírány, připojí se ke stínu a působí v pozadí

jako požadavky, které vyžadují naplnění. Psychoterapeutovi by se nemělo stávat, že by mu druhý člověk sloužil k jeho vlastnímu uspokojení (Hučín, 2001). Jen tehdy, když si uvědomujeme své vlastní potřeby, které jsou víceméně uspokojeny, můžeme druhým dávat. V následujících podkapitolách uvedu příklady manifestace a vlivu nenaplněných potřeb psychoterapeuta na psychoterapeutický vztah s klientem, kdy je cesta ke zdravému řešení blokována bolestnými pocity terapeuta.

Potřeba moci

Vedle motivů a přání starat se, pečovat a léčit, může existovat i terapeutova skrytá potřeba moci. Problémy s potenciálním zneužitím moci souvisí se samotnou bezmocností terapeuta. Nebezpečí bezmocného psychoterapeuta spočívá ve ztotožnění se s rolí zachránce, který se pomáháním zhodnocuje. Takový pracovník pomáhá, protože musí, protože bez pomáhání by se cítil bezcenný. V jeho konání tak nejde o přátelskou nabídku pomoci, nýbrž o výhrůžku vyjadřující úmysl mocenského prosazení (Schmidbauer, 2000). Berneho transakční analýza, která se týká psychologie her, neboli na sebe navazujících sledů transakcí mezi členy komunikace, zavedla koncept závislého trojúhelníku, ve kterém dochází ke střídání 3 rolí: oběti, pronásledovatele (neboli kata) a zachránce (Petitcollin, 2008). Pokud se terapeut až příliš identifikuje se svou rolí terapeuta jako zachránce, který se soustředí na potřeby druhých a své potřeby často ignoruje, začne se konstelovat terapeutův stín. Takový terapeut, který má potřebu za klienta téměř dýchat, jakoby klienta zbavoval jeho autonomie a činí tak z něj jedince pasivního a závislého na jeho péči (Petitcollin, 2008, Schmidbauer, 2000). Jeho zachraňování slouží k vytváření závislosti, protože zachránce tajně trpí strachem z opuštění. Sám příliš mnoho potřebuje, než aby mohl dávat druhým. Pokud se z terapeuta stane ten, kdo pomáhá a nikdo jiný, vytrácí se tak možnost spontánně se vztahovat k druhým lidem a v důsledku toho se ztrácí i možnost setkání s klientem. Jeho neupřímná a nečestná role brání rozvoji bezpečného, důvěrného a otevřeného vztahu. Takový terapeut se nedokáže vcítit do klientů a ztrácí k nim vnitřní vztah. Pomoc, která je postavena spíše na zájmech terapeuta než klienta, podle Úlehly (1999), není pomocí, ale kontrolou. Psychoterapeutova neadekvátní pomoc může přinést ještě větší potíže, než byly ty, které měl v úmyslu řešit. „*Zachránce je typ člověka, jemuž připadá normální vytáhnout ryby z vody, aby mohly dýchat.*“ (Petitcollin, 2008, s. 23).

Guggenbühl-Craig (2007) ve své knize „Nebezpečí moci v pomáhajících profesích“, rozlišuje dva druhy mocenského stínu, které se váží k charakteru terapeutické činnosti, jejíž vzory a ideály si podle něj terapeut odvozuje zčásti z lékařské profese a zčásti z kněžství. Temnou stránku ideálu duchovního je pokrytec, „*muž, který nekáže proto, že věří, ale aby získal vliv a moc*“ (Guggenbühl-Craig, 2007, s. 23). Tento temný bratr se snaží před okolním světem působit lepší než ve skutečnosti je. Stín tzv. falešného proroka provází psychoterapeuta po celý život. Temnou stránku aktivují často právě klienti, kteří na psychoterapeuta vyvíjejí tlak, když nechtějí slyšet žádné pochybnosti. A tak psychotherapeutický stín falešného proroka nutí terapeuta své pochybnosti skrývat. Tím se z něj ale stává pokrytec, který jakoby věděl naprosto vše. Pokud iluzi o své vše znalosti terapeut podlehne, začne se jeho mysl při jakémkoliv náznaku ohrožení bránit a v terapeutovi se začínají objevovat pocity, které mohou mít na vztah s klientem destruktivní dopad.

Stín, který souvisí s lékařským charakterem činnosti psychoterapeuta, nazval Guggenbühl-Craig (2007) tzv. šarlatánským stínem. Nebezpečí moci tkví v asymetrii vztahu terapeut-klient, neboli lékař-nemocný. Jestliže zdravý člověk onemocní, vše se rázem změní. Dojde k regresi a ze silného nebojácného muže se stane malé dítě, které je odkázáno na pomoc ostatních, zejména lékaře, terapeuta, bez kterého by byl ztracen. Terapeut se tak snadno může cítit jako mocný lékař, na kterém jsou ne-mocní klienti závislí. Podle Guggenbühl-Craiga je terapeut v takové situaci vystaven velkému pokušení neprožívat své klienty jako nižší sortu lidí. Může zajít až tak daleko, že by uměl dokázat, aby si každý člověk „*připadal nějak nemocný nebo aspoň psychologicky ne zcela vyvinutý*.“ (Guggenbühl-Craig, 2007, s. 24). Terapeut pohlcený šarlatánským stínem „*používá své vědění pro své osobní výhody a neostýchá se ze zdravých lidí dělat nemocné*.“ (Guggenbühl-Craig, 2007, s. 21). Takový terapeut je nepravdivý, často tím klame nejen klienty, ale i sám sebe. Pracuje pouze ve svůj prospěch, spíše než nemocným pomáhá sobě ať už získáváním prestiže, nebo finančně. Tento stín provází terapeuta všude a pohání ho, aby léčil např. jen bohaté, dobře placící nebo známé osobnosti, kterými by se mohl pyšnit. Šarlatánský stín, který trvale provází obraz ušlechtilého vzoru lékaře, nutí terapeuta vyhýbat se mezilidským požadavkům terapeutického vztahu (Guggenbühl-Craig, 2007). V případě, kdy se terapeut setká s klienty např. s nižší životní úrovní nebo obecně s klienty, kteří mu z nějakého důvodu nesytí jeho potřeby, se současně s terapeutickým stínem konstelují pocity averze. A jak víme, stín terapeuta konsteluje stínové prvky klienta, které se z klientovi strany mohou projevovat

odporem. Tím se dostáváme do kolotoče vzájemného vyladování se, který mezi klientem a terapeutem neustále probíhá, a který může být těmito podobami stínu ovlivněn.

Potřeba uznání

Dalším způsobem manifestace terapeutického stínu je snaha a touha po dokonalosti a po uznání. Podle Berneho koncepce motivace patří potřeba uznání mezi základní psychologické potřeby (Kratochvíl, 2006). Jedná se o potřebu být oblíbený, oceňovaný, být vnímán jako ten, kdo se snaží a má dobré úmysly. Aby se psychoterapeut mohl oprávněně cítit jako odborník, má často pocit, že by měl mít rád téměř kteréhokoliv klienta, který k němu přijde nebo naopak, aby oni měli rádi jeho. Jaká nemožná úloha! Čím více se terapeut cítí nejistý ohledně jeho profesionální kompetence, tím více potřebuje, aby ho klienti oceňovali buď přímo chválou a vděkem nebo nepřímo zlepšením jejich stavu. V tento moment to už ale není klient, ale terapeut, kdo potřebuje přijetí a úspěch, což zajistí uspokojení emoční potřeby dobrého sebehodnocení (Kopřiva, 2013).

Nebezpečí číhá v představě o vlastním ztělesnění pomoci, že terapeut není pouhým prostředníkem na cestě k pomoci. Pokud terapeut dopustí, aby si o něm druzí lidé i on sám myslel, že je výjimečný, vytváří tím iluzi a poté zažívá deziluzi, když ho chtějí dostat o stupínek nebo dva níž (Hawkins, Shonet, 2004). Pomáhající chce slyšet uznání za úspěchy, ale už ne obviňování za neúspěchy. Je těžké přijmout možnost, že terapeut je jen nástrojem pomoci. Přijmout to, je však jediný způsob, jak „seskočit z kolotoče závislosti na uznání a strachu z obviňování a přestat se zmítat mezi pocity nemohoucnosti a všemohoucnosti“ (Hawkins, Shonet, 2004, s. 24). To může terapeuta jen více přiblížit k zájmu a péči, protože nežije skrze své klienty a jeho sebeúcta nezávisí na úspěších. Terapeut by se měl naučit vzdát se fantazií o všemohoucnosti.

Jde tedy především o to vyrovnat se se svým stínem. Pokud se nezděsíme vlastní destruktivity, budeme nenávidět destruktivitu někde mimo sebe. Proto musíme sami pocítit, jak destruktivní, aniž to vlastně chceme, dokážeme být (Kast, 2010). Uvědomění si vlastních stinných stránek nás motivuje ke změně a umožňuje nám přestat ji projíkovat do druhých. Na závěr této kapitoly budu citovat Karla Kopřivu, který ve své knize „Lidský vztah jako součást profese“ připodobnil zdravou pomoc pomáhajícího k roli zahradníka: „Kdo pomáhá zdravě, podobá se zahradníkovi: ten také nemá potřebu být potřebný svým rostlinám, prostě se o ně rád stará a o sebe také,“ (Kopřiva, 2013, s. 26).

5 Averzivní pocity

Psychoterapeutickou práci doprovází emoce, a to nejen ty pozitivní. Terapeuti mají občas vědomou či nevědomou tendenci prožívat klienty jako nepříjemné a nechtěné. Upřímný terapeut si často musí přiznat, že je pro něj nemožné ubránit se pozitivnímu či negativnímu postoji vůči klientům. Pravděpodobně všichni terapeuti jsou pronásledováni klienty, kteří v nich zanechávají určitý nepříjemný až averzivní pocit. Ne všichni klienti jsou příjemní, milí a vzbuzující sympatie. Terapeuti se nevyhnou jednání s arogantními a agresivními lidmi, s lidmi s násilnými sklony, kteří zneužívají druhé, s lidmi zanedbaného až odpudivého zevnějšku apod., kteří v terapeutovi mohou vyvolat mravní úsudek, který je provázen silným citovým nábojem, v krajním případě může být spojen až s prožitkem averze (Kopřiva, 2013). Psychoterapeut není kámen, aby necítil. Pracuje jako člověk, ne jako mechanický stroj, který bude chrlit interpretace založené čistě na intelektuálním postupu. Není nezaopatřeným, objektivním pozorovatelem, ale „*na všem, co se mezi ním a klientem děje, se aktivně spolupodílí, včetně rozvíjení těžkostí, nedorozumění a nespolečnosti*“ (Úlehla, 1999).

Emoce jako jeden z aspektů osobnosti jsou nedílnou součástí tvorby významu lidské zkušenosti a slouží jako motivátor směrem k akci (Lewis, 2008). Emoce jsou komplexní jevy, které „*reprezentují v čase ověřené řešení problémů adaptace*“ (Stuchlíková, 2007, s. 11). Již od pradávna slouží k tomu, aby nás ochránily. Proto jsou velmi rychlé, náročné na zdroje a mobilizují nás. Negativní emoce vyvolávají odpovědi, které jsou prověřeny dlouholetým evolučním i ontogenetickým vývojem (Stuchlíková, 2007). Spouštějí specifické akční tendence, např. „*zuzují momentální myšlenkově akční repertoár člověka*“ (Stuchlíková, 2007, s. 106). Jako mechanismy adaptace, představují elementární hodnotící proces popisující prostředí v termínech příjemné-nepříjemné a plní signální funkci upozornění na žádoucí či nežádoucí objekt či okolnost. Kontrolují možnosti situace a zároveň i okamžitý stav potřeb. Tímto nás na jednu stranu táhnou k určitým lidem, objektům, jednáním, myšlenkám a na druhou stranu nás od jiných vzdalují. Jejich charakteristickým rysem je proměnlivost a velká citlivost na změny v osobních i situačních okolnostech. Každá jednotlivá emoce se projevuje v celé řadě forem a tak existuje řada typů lásky, smutku, strachu a v neposlední řadě také averze (Stuchlíková, 2007; Slaměník, 2013).

Všechny emoce vyjadřují afektivní jádro toho, jak prožíváme sami sebe (Kast, 2010) a mají významnou roli v dosažení poznání a vzhledu do sebe i ostatních (Lewis, 2008.). Tudiž

emoce, které psychoterapeut zažívá při setkání s klientem, mohou často fungovat jako vodítko pro to, jak člověk, ať už psychoterapeut nebo klient, vnímá a prožívá sebe sama. Projevem emocí jsou vztahy, na které emoce zpětně působí – což je i případ averzivních pocitů. Emoce jednoho jedince může ovlivnit emocionální stav druhého. Jedná se o tzv. emocionální nákazu (Kast, 2010). Jako lidé máme schopnost zachytit a cítit emoce druhých. To, že terapeut může v klientovi vyvolat specifické emoce je jedním ze základních aspektů v psychoterapii, ale také představuje riziko v situaci, kdy je terapeut sám ovlivněn pocity ze strany klienta.

5.1 Vymezení pojmu averze

Averze jako nechuť, odpor či silná nelibost, představuje hluboké antipatie, neochotu, nepřátelskost až nenávist vůči nějakému objektu, ať už je jím osoba, nebo věc (Stuchlíková, 2007). Mezi averzivní pocity můžeme počítat veškeré negativní pocity, které se vztahují k osobnosti někoho jiného. Druhá osoba je nám prostě nějakým způsobem nepříjemná. Silně pocíťovanou averzí, je znechucení, které je nejzákladnější emocí ve skupině emocionálních postojů vyjadřujících odmítnutí objektu a od kterého se odvozuje emoce pohrdání, která obsahuje jako základní prvek hodnocení objektu z hlediska porovnávání s námi samými, s našimi hodnotami, postoji, vlastnostmi (Stuchlíková, 2007). Averze či odpor je morální emoce, která nám pomáhá nejen odhalovat to, co se nám přičí a tedy i to, čeho si ceníme, ale je také pomocná ve strukturování našeho světa a našeho postoje vůči světu (Miller, 1997 in Pacual-Leone eds., 2013). Averzi pocíťujeme vůči něčemu či někomu, koho nebo co vnímáme jako „*potenciální znečištění nás samých, a to jak ve fyzickém slova smyslu (vztahuje se to např. k infekci), tak v přeneseném smyslu (vztahuje se to k porušení našich osobních hranic)*“ (Stuchlíková, 2007, s. 156). Vývojově se emoce znechucení patrně vytvořila jako reakce na opravdové fyzické znečištění, zvláště potraviny. V průběhu dalšího vývoje se tato reakce rozšířila i na mentální a morální kontaminaci.

Na základě klasického vymezení Wundta, je averze nelíbí pocit s vysokou úrovní vzrušení neboli aktivace a doprovázen zážitkem napětí (Stuchlíková, 2007). Hodnocení příjemnosti, resp. nepříjemnosti je závislé na aktivaci, kterou podnět vzbudí. Je-li nepříjemný podnět málo intenzivní, pak ztrácí i na svém averzivním charakteru. Slabé nepříjemné podněty, tedy nehodnotíme tolik jako nepříjemné. Zatímco příjemné zhodnocení můžeme zažívat jak u podnětů, které nás výrazně aktivizují, tak naopak u podnětů, které nás nechávají

v relaxovaném stavu, ale nepříjemné zhodnocení je s uvolněným stavem neaktivovanosti neslučitelné. Z toho se dá usuzovat, že silné averzivní pocity nejsou tak běžné jako ty příjemné. Nabízí se zde otázka, jak často ve své praxi psychoterapeuti zažívají nepříjemné pocity?

5.1.1 Podoby averzivních pocitů

Podoby averze jsou ilustrovány pocity nelibosti a odporu nad určitými projevy abnormálního sociálního chování, nad většinou nemorálního chování vůbec. Psychoterapeut může někdy averzivní emoce cítit i u klientů, které vnímá jako potenciálně ohrožující. Ohrožení klienty akcentuje u terapeuta hostilní pocity, jako je hněv, zlost, pohrdání, eventuálně i nenávist a nedůvěra vůči klientům. Různé podoby averzivních pocitů hrozící terapeutovi ve vztahu s klientem představím v této kapitole.

Pomoc klientovi často představuje dlouhodobý proces, jehož efekt nemusí být nijak zvlášť znatelný. Terapeuti jsou tak často vystavováni pocitům frustrace z malého nebo dokonce žádného viditelného pokroku na straně klienta. Následkem frustrace je často hněv, který je v tomto případě emocionálním motivem, který vyvolává a podporuje agresivní chování, které je často spojeno s nenávistí a hostilitou (Stuchlíková, 2007). Nenávist, která zahrnuje celé kontinuum reakcí, od jednoduchého „nemít rád“ po intenzivní nenávist, je typicky orientovaná na určitou osobu a vyplývá spíše z našeho přesvědčení, než z jednání dané osoby. Nenávist je často živena částečnou nebo zkreslenou informovaností, podobně jako je tomu u předsudků. Má-li terapeut např. nějaké nezpracované předsudky např. vůči určitým minoritním etnickým skupinám či vůči klientele s konkrétní problematikou, kterou vnímá a hodnotí jako ohrožující nebo špatnou, může být jeho terapeutická práce ohrožena jeho nenávistnými pocity, které představují určité odosobnění a které často mohou přímo souviset s nějakým osobně pociťovaným útokem.

Averzivní pocit může být často doprovázen pocitem hněvu, který může být směřován na klienta i na sebe. Jak nenávist, tak hněv, se mohou objevit jako výsledek nějakého poškození, které nám způsobil druhý člověk, ale i jako důsledek toho, že jsme my ublížili někomu druhému (Stuchlíková, 2007). Takového člověka potom odsuzujeme za to, že nás dostal do situace, v níž jsme nechtěli být. Nenávistí nebo hněvem většinou reagujeme na domnělou nebo skutečnou špatnost namířenou vůči nám, např. maření našich cílů, urážky. Na nežádoucí útok, který hodnotíme jako zhoršující naše postavení, odpovídáme zpravidla

touto specifickou hněvivou reakcí. Jde o tzv. negativní terapeutickou reakci, což je komplexní klinický jev, který se většinou terapeuta velmi citově dotýká a konfrontuje ho s vlastním zklamáním a hněvem vůči klientovi (Vybíral, Roubal, 2010).

Hněv je emoce, která podceňuje k vytyčení hranic a ke správnému odstupu (Kast, 2010). Proto může často signalizovat narušení hranic v terapeutickém vztahu, což souvisí s terapeutovým nepřesným vytyčením hranic nebo jejich ohrožením. Např. klienti s hraniční poruchou osobnosti velmi rádi zkouší, kam až mohou v terapeutickém vztahu zajít a tak může dojít k jejich překračování na základě jejich nepevnosti. Z obsahového hlediska v nás vzbuzuje hněv sociálně nepřiměřené chování, jako je bezohlednost, nevychovanost, obtížné nudné jednání, napadání, zesměšňování a ponižování druhých (Stuchlíková, 2007). U klientů, kteří jednají výše popsaným způsobem, jsou terapeuti k prožitkům hněvu náchylnější. Ty, pak své pocity, podle Stuchlíkové, vyjadřují různými formami, např. roztrpčeností, podrážděností, podezřívavostí, negativismem, verbální či nepřímou agresí nebo útokem. Jaké další reakce se mohou u terapeutů v souvislosti s pocitem hněvu a s averzivními pocity vůbec objevit?

S terapeutovým potenciálním ohrožením jsou spojeny i pocity úzkosti a strachu. Strach je prožíván po signálech ukazující na nebezpečí, úzkost je následek ohrožení bezpečí s absencí signálů (Stuchlíková, 2007). Základní předpoklad, jak se se strachem a úzkostí vypořádat je potřeba nebýt bezmocný, neboli potřeba kompetencí. Pokud terapeut začne cítit, že nemá situaci pod kontrolou a nemůže ji ovlivňovat, objeví se pocity úzkosti. Z toho se dá vysoudit, že psychoterapeuti s kratší dobou praxe budou pravděpodobně na základě jejich nejistoty a nedostatku zkušeností k prožitkům úzkosti náchylnější. Je tomu skutečně tak? Prožívají začínající psychoterapeuti úzkostné pocity častěji než terapeuti s delší dobou praxe? Všechny pocity jdou ruku v ruce s určitými reakcemi. Subjektivní nejistota vyplývající z úzkosti vede k nejistotě v činnosti a v konečné etapě může vést až k neschopnosti jednat ve vztahu k potenciálnímu ohrožení (Stuchlíková, 2007). Např. terapeutův strach z toho být obětí, být jen klientovým nástrojem v terapeutickém procesu, ho nutí k jistým druhům intervencí, jímž na sobě vytváří zbytečnou klientovu závislost, čímž se snaží vypořádat s hrůzou z vlastní bezmocnosti. Následují obavy jako hodnocení vlastních schopností a možných následků a dále interference jako např. nedostatek sebejistoty, nesoustředěnost, úvahy o něčem jiném.

Ať už z jakéhokoliv důvodu pociťuje psychoterapeut během setkání s klientem nějakou z výše popsaných negativních emocí, je to pro něj nepříjemné. S jakými dalšími averzivními pocity se psychoterapeuti během své kariéry setkávají?

5.2 Možné příčiny averzivních pocitů

Averzivní pocity jsou velice důležité emoce, které mocně regulují vztahy k sobě samému i k ostatním lidem. Každý aspekt těchto pocitů má svůj smysl. Averzivní pocity nás jednoduše upozorňují na to, že v naší sebezáchově ve vztahu k ostatním lidem a ke světu něco „neklape“. Jaké jsou časové i příčinné charakteristiky okolností vzniku a trvání averzivních pocitů u psychoterapeutů?

Mnohé z našich špatných nálad a nepříjemných pocitů v sobě zahrnují nejen to, co se reálně stalo nyní. Současná událost nám mohla připomenout některou ránu v naší duši a probudit tak starou bolest (Kopřiva, 2013). Pokud se klient dotkne choulostivého místa terapeuta, může to pro něj být bolestné a okamžitě na to emočně i tělesně zareaguje, což je případ již popisovaného **protipřenosu**, který je jedním z možných příčin negativních pocitů terapeuta vůči klientovi.

To, kteří klienti budou tomu kterému psychoterapeutovi nepříjemní a budou mu takzvaně „vadit“, je vysoce individuální záležitost. V tom, které druhy klientů bude psychoterapeut s to přijmout a které nikoli, **hraje hlavní roli životní historie terapeuta a jeho současná osobní situace**. Naše historie v nás zanechává nesmazatelné stopy. Jestliže terapeutův otec byl alkoholik, kterému má dodnes spoustu věcí za zlé, je pravděpodobné, že daný terapeut nebude mít pro klienta, který též pije, příliš pochopení. Někdy se ale naše vlastní prožitá zkušenost může stát výhodou. Zažili jsme podobný problém, přibližně víme, o co jde. Osobní příběhy mohou být užitečné, ale pouze tehdy, když jsou o vyřešených problémech (Kottler, Carlson, 2006). Člověk je mnohem lepším průvodcem, pokud si prožil podobné jako klient, a dostal se z toho ven.

Také současná situace má nesmírný vliv na terapeutův kladný či záporný postoj ke klientovi. Např. terapeutka, která se marně pokouší otěhotnět a pracuje s klientkou zvažující interrupci, jistě nebude ke své klientce chovat kladné pocity. Terapeut by měl dodržovat,

mimo jiných etických zásad, princip autonomie, který se týká respektu k osobnosti klienta⁶. Pokud terapeut dospěje k závěru, že není schopen zachovat princip autonomie, který je založen na úctě k jedinečné lidské bytosti (Weis a kol., 2011), měl by klienta adekvátním způsobem předat do jiné péče. S tím souvisí **životní postoje a hodnoty**, jejichž extrémní odlišnost může způsobovat negativní emoce vůči klientovi (Williams, Day, 2007). Terapeut by měl zvážit, zda klient nepatří do skupiny, proti které by mohl mít nějaké předsudky či předpojatosti⁷ a jejichž názory není schopen akceptovat.

Emocionální prožitky jsou často spojeny s určitými situacemi. Jsme-li přetaženi, snadněji se staneme podrážděnými. Nepříjemně se cítíme tehdy, když na nás někdo křičí nebo nás jakýmkoliv způsobem ohrožuje. Všechny události, které škodí nebo ohrožují zájmy jednice, vedou k záporným emocím (Slaměník, 2011). Nejčastější situace, které v člověku vyvolávají negativní pocity, jsou **útoky na pocit vlastní hodnoty**, pocit, že člověk není brán vážně, není mu prokazována patřičná úcta, člověk musí zápasit s požadavky okolního světa, které mu připadají neoprávněné, nebo mu připadá, že je využíván (Kast, 2008). Většina negativních emocí souvisí s naším pocitem vlastní hodnoty a s naší identitou (Williams, Day, 2007). Pokud někdo napadá naši identitu, vzniká mnoho nepřátelských pocitů. Ty mohou v terapeutovi vyvolat klienti, kteří mu zrcadlí nebo připomínají něco, co sám na sobě nemá rád. Tudíž by terapeut měl prozkoumat, zda klient nemá některé atributy nebo charakteristiky společné s terapeutem, a které jsou pro terapeuta zároveň obtěžující a nepřijatelné, kterých by se nejraději zbavil.

Dalším možným důvodem terapeutovi nelibosti a averze je **rezistence klienta** (Williams, Day, 2007). Negativní emoce mohou v terapeutovi probouzet tzv. nesnadní klienty. Může se jednat o klienty, kteří nevycházejí vstříc terapeutovým nejlepším snahám. Rozladu a podráždění terapeuta může klient probouzet tehdy, nenaplní-li různá teoretická očekávání, že by se měl jeho stav zlepšovat (Roubal, Vybíral, 2010) a naopak během léčby dochází k paradoxnímu nebo neočekávanému zhoršení stavu a terapeutovi cíle pomoci klientovi mohou být různými relapsy či jinými okolnostmi opakovaně narušovány.

Terapeutova emoční odezva na klienta může mít také diagnostický význam a poskytuje významné **informace o klientovi** a jeho vnitřním světě (Williams, Day, 2007). Toto

⁶ Mezi další obecné etické principy psychoterapeutické práce patří princip beneficence, nonmaleficence a spravedlnosti (Weis a kol., 2011).

⁷Předsudky mohou být založené na pohlaví, sex. orientaci, etnickém původu, národnosti, socioekonomickému statusu, náboženského vyznání a jiných faktorech. Je také možné mít předsudky vůči jednotlivcům s konkrétními problémy, např. klienti s hraniční nebo schizofrenní diagnózou (Williams, Day, 2007).

poznání může při pohledu na klienta nabídnout větší objektivitu, která může snížit odpor ke klientovi. Z toho důvodu by měl terapeut přemýšlet, co přesně mu na klientovi vadí a zda to odkazuje na klientův problém, který je třeba v terapii řešit. Averzivní pocity ke klientovi, který za své problémy obviňuje ostatní, mohou signalizovat klientovo špatné locus of control⁸. Terapeutovy reakce mohou být také vodítkem pro možnou psychopatologii. Terapeut, který negativně reaguje na klienta, kvůli jeho pesimismu a kritice, by měl zvážit, zda tyto atributy nemohou být symptomy dystymie nebo lehké deprese (Williams, Day, 2007). Současně si terapeut stále musí dávat pozor, aby klienta příliš nepatologizoval kvůli jeho nechuti ke klientovi. Terapeutova odpověď na klienta může být paralelou emočních reakcí klientova okolí. Pocit zastrasování od klienta může zrcadlit, jak se cítí druzí ve vztahu s klientem.

Někdy nám averzivní pocity dávají jasně najevo, že by teď v našem životě mělo mít prioritu něco jiného, že přehlízíme své vlastní potřeby, ať už je to přetížení, nemoc, vztahové problémy atd. Na psychoterapeuty se klade velká odpovědnost za vlastní aktivitu v úsilí uspokojovat vlastní potřeby. V jejich neuspokojení či popírání totiž spočívá velké nebezpečí v nevědomém využívání druhých pro své vlastní účely nebo nechávání nést klienty ty stránky terapeuta, které si nedokáže přiznat. Někdy tak mohou být averzivní pocity „jen“ signálem k odpočinku a nabrání nových sil.

5.3 Důsledky averzivních pocitů na psychoterapeutický proces

Pokud terapeut zažívá negativní emoce vůči klientovi, je terapeutická práce s klientem extrémně náročná. Terapeut díky prožívané averzi často není schopen tzv. připojení se⁹ ke klientovi natolik, aby terapie byla efektivní (Williams, Day, 2007). Negativní pocity zahrnují přání a vytvoření určitého psychologického odstupu (Stuchlíková, 2007). Terapeut se tak nemůže ve vztahu s klientem, ke kterému tyto emoce cítí, plně angažovat. Distanc navíc brání vytvoření efektivní komunikace mezi terapeutem a klientem, která je pak obtížná a ambivalentní.

⁸ Subjektivní přesvědčení o možnosti ovládat zdroje posílení. Autorem konceptu je Rotter, J., který rozlišil *internal locus of control* a *external locus of control* (Plháková, 2008).

⁹ **Připojení se** popisuje vše, co musí terapeut udělat k vytvoření pozitivního vztahu s klientem – zajistit klientovi bezpečí, důvěru a respekt (Úlehla, 1999).

Ve chvíli kdy terapeut cítí silný sociální dyskomfort, např. když ve vztahu s klientem zažívá silnou nejistotu, když se mu od druhých nedostává požadovaného respektu, když vnímá nějakou nespravedlnost v rámci odlišných morálních hodnot apod., primárně část kapacity svého myšlení, věnuje tomu, aby vyřešil tento problém v sociálním vztahu. Problém v sociálním vztahu mu leží v hlavě, nese si ho domů, když odchází z práce. Negativní emoce směrem ke klientovi zahlcují část terapeutova mozku a podkopávají jeho schopnost facilitovat změnu (Williams, Day, 2007).

Někdy terapeuti, pokud se svým pocitem vyrovnají, mohou přijít na jiný účinný způsob práce, ke kterému ho vlastně tito obtížní klienti dovedli. Toto tvrzení podporuje důležitost identifikace a přiznání si terapeutových negativních emocí směrem ke klientovi. Pokud jsou příčiny mírné, snadno rozpoznatelné a terapeutem uznané, může jejich identifikace terapeuta osvobodit a začne se na klienta dívat jiným příznivějším způsobem.

Každý člověk má svůj vnitřní svět, který v sobě nese četná bolestivá místa, která jsou pozůstatky po nezhojených citových úrazech utrpěných především během dětství (Kopřiva, 2013). Rušivé pocity, odvozené z těchto starých citových úrazů vstupují do vztahu terapeuta k jednotlivým klientům i do vztahu k jeho psychoterapeutickému povolání. K tomu, aby rušily co nejméně, je zapotřebí citlivě k nim přistupovat a porozumět jim tak, že si je zřetelně uvědomíme. Na tomto procesu je založena samotná psychoterapie. Je třeba je brát jako příležitost zjistit, kde mám své slabiny a zapracovat na sobě, aby se postupně odstranili. Je však jen velmi málo pravděpodobné, že všechny naše citové úrazy beze stopy vyléčíme. Pokud se ale naučíme přijímat vlastní nedokonalosti a zvládat naši citlivost, snížíme tím tak svou zranitelnost a při setkání s pro nás problémovým typem klientů budeme reagovat způsobem, aniž bychom poškodily klienta.

5.4 Strategie zvládání averzivních pocitů

Pocity jsou přírodními jevy, za které nejsme ani nemůžeme být odpovědní. To, co ale ovlivnit můžeme, jsou naše činy. Proto jsou psychoterapeuti odpovědní za to, jak se svými averzivními pocity naloží. Ačkoli existují obecné pokyny pro nakládání s averzivními pocity (např. reflektování reakcí, vyhledání odborné konzultace, terapeutova osobní terapie), je obtížné určit specifické strategie, které terapeuti mohou využít, pokud se s klientem necítí dobře (Willimas, Day, 2007). Navíc variabilita možných zdrojů pociťovaného odporu vůči klientovi vede k různým strategiím k řešení.

Základní předpoklad účinné strategie nakládání s averzivními pocity je **vyjasnění zažívaných pocitů** (Williams, Day, 2007). Do části tohoto procesu patří neustále se sám sebe ptát, proč se klient chová způsobem, jakým se chová? Mezi další doporučení patří **zkoumání vlastních hodnot, motivů a stresorů** a prozkoumat, zda mohou přispívat k problematické interakci s klientem. Procesy ovlivňování emocí, jejich prožívání a vyjadřování, se označují pojmem emoční regulace. Tyto procesy mohou být automatické, kontrolované, vědomé nebo nevědomé (Stuchlíková, 2007). Pro terapeuty je bez ohledu na řadu přínosů, které emoce přinášejí, důležité nenechat se emočními impulzy zahltit a být si jich co nejvíce vědom. Emoční regulace zahrnuje snižování či zvyšování ať už negativních nebo pozitivních pocitů. Špatná emoční regulace produkuje emoční, kognitivní nebo behaviorální výstupy, které pro jedince v dané situaci nejsou příliš adaptivní (Garber, Dodge, 1991 in Stuchlíková, 2007). Oba extrémy, jak příliš silná, tak příliš slabá regulace emocí, mohou vést k problémům. Prioritou je snaha dosáhnout lepšího pochopení emocí a jejich regulace, čili snaha terapeuta o uvědomění si toho, co ovlivňuje jeho emoce, kdy je má a jak s nimi zachází, tedy jak je prožívá a vyjadřuje. Existuje řada regulačních strategií např. vyhledávání sociální podpory, sdílení, fyzická cvičení, relaxace nebo potlačení (Stuchlíková, 2007). Které z regulačních strategií pro snížení negativních pocitů využívají psychoterapeuti?

Někdy je možné na klientovi najít něco pozitivního tím, že se **na klienta podíváme z perspektivy jiné osoby**, která může na klientovi vidět něco, co je pro samotného terapeuta obtížné spatřit (Willimas, Day, 2007). Podívat se na klienta očima druhého je možné např. v párové terapii, kde může být pomocné prozkoumat, co na klientovi má rád jeho partner. Terapeut musí mít ale také na paměti opačného vlivu druhých osob. Tento problém může nastat zejména, pokud terapeut slyší o klientovi cokoliv negativního a to ještě před úvodním sezením. Negativní pohled jiné osoby může změnit perspektivu terapeuta, který si o klientovi může udělat negativní obrázek ještě před samotným kontaktem s klientem. Může se jednat o manžela, který očerňuje svou družku, nebo o terapeuta, který měl klienta v předešlé péči a o klientovi mluví jen v negativech. Terapeut se pak často podivuje, pokud je jeho individuální zkušenost jiná. To jen dokazuje, jak vnímání jednotlivců není vždy objektivní a je ovlivněné mnoha faktory. Terapeut by se měl snažit mít otevřenou mysl a vyvarovat se hodnocení dokud se s klientem individuálně nesetká.

Při práci s klienty, ke kterým terapeut cítí averzivní pocity lze použít **tzv. model záměru a dopadu** (Willimas, Day, 2007). Tento model zkoumá, zda je záměr klienta stejný, jako je

dopad jeho chování. Klient např. své obavy může vyjadřovat kritikou, která má ve vztahu s terapeutem negativní dopad. V ideálním případě bude terapeut schopen identifikovat neutrální nebo pozitivní záměr chování, který vytváří negativní dopad. Např. osoba, která je zraněná a má strach, což je neutrální záměr, může vyjadřovat hněv, který způsobuje negativní dopad. Identifikace neutrálního nebo pozitivního záměru může terapeutovi pomoci v redukci averzivních pocitů, které vůči klientovi má. Některé negativní pocity, které terapeut při setkání s klientem zažívá lze zvrátit tím, že věnujeme vědomé úsilí k **identifikaci klientových silných stránek**. Pokud s tím má terapeut obtíže, je dobré si uvědomit, že každá vlastnost má dvě stránky, dobrou i tu špatnou.

Terapeuti se někdy snaží mít pozitivní vztah ke klientům, kteří jednali těžko přijatelným způsobem a dopustili se násilných činů, např. zneužívání dětí nebo domácí násilí. V těchto případech může být pro terapeuta užitečné oddělit osobu od chování (Williams, Day, 2007). Tudíž se nebude na osobu dívat jako na problém. Oddělení osoby od problému umožňuje soucit s klientem a přitom neminimalizuje destruktivnost jeho chování, jako je např. zneužití.

Většina lidí své emoce do určité míry překrývá jiným chováním. Přesto je často takové maskování čitelné a naše skutečné emoce příliš neovlivní. Efektivní způsob kontroly emocí je podle Stuchlíkové (2007) vyhýbání se situacím, které emoce vzbuzují. Pro psychoterapeuta tato metoda není příliš konstruktivním řešením situace. Avšak někdy je tento krok nezbytný pro zachování etického jednání. Pokud nepomůže případná supervize a morální pobouření doprovázející averzivními pocity vůči určitému klientovi trvá, je pak lépe nechat se u tohoto klienta vystřídat, je-li to možné. Jak často terapeuti volí tento radikální způsob řešení zažívání nepříjemných pocitů a ukončí s klientem spolupráci?

Kromě úniku nepříjemným pocitům se dá postupovat ještě jiným způsobem a to se svým pocitem zůstat. Být s pocitem představuje pro mnoho lidí nebezpečí spočívající ve strachu, že nás dovede k emocím, které neuneseme. Avšak jen tímto způsobem se mohou v dlouhodobé perspektivě rušivé pocity změnit (Kopřiva, 2013). Když u takového pocitu setrváme, nebráníme se mu a nesnažíme se ho změnit, jsme vůči němu otevření a necháváme, aby se vyjádřil, po nějaké době se promění do smysluplného celku a dojde k proměně pocitu. Najednou je pocit jiný, než jaký byl na počátku. Např. z určité nejistoty vykrystalizuje zřetelné vědomí přitažlivosti klienta. Zatímco prvotní nepříjemné pocity terapeuta oslabují, pojmenované pocity ho vracejí k sobě samému. Terapeut už není obětí pocitu, naopak s ním může volněji nakládat. „*Je zapotřebí věnovat pozornost vlastním*

pocitům, a to i těm, o které vůbec nestojíme. Přijmeme-li je za své, vstoupí do procesu zpracování zkušenosti. Něco důležitého nám řeknou, nebudou nás ani ostatní tolik trápit a časem se vyvinou v něco jiného“ (Kopřiva, 2013, s. 143).

Někdy k práci s vlastními pocity velmi usnadní přítomnost druhého člověka, který je vycvičen, aby proces uvědomování podporoval a aby ho nenarušoval běžnými konverzačními návyky. Představme si velmi problematickou, neúspěšnou a nikdy nekončící spolupráci s klientem, která v terapeutovi probouzí zoufalé směsi zlosti a bezmoci vůči klientovi, a také sebekritiky a pocitů viny vůči sobě. Prostřednictvím druhého člověka, který účinně pomáhá při ujasňování toho, co směsice pocitů pro terapeuta znamená, může vzniknout jasné uchopení situace, která bude i nadále spojena s vědomím, že pomoc klientovi je složitá, ale už si to nebude klást za vinu a nejspíše na klienta nebude mít ani zlost. Dojde ke změně postoje, kterou klient pocítí a tím dojde k nové situaci, která vytváří příznivé podmínky pro změnu. Vyjádření druhého člověka a pouhé uvědomění znamená kvalitativní změnu způsobu, jakým v sobě pocit neseme. Psychoterapeuti mají k dispozici profesionální druh pomoci, který proces uvědomování podporuje, tzv. supervizi, o níž bude řeč později.

V nakládání s averzivními pocity hrají velkou roli naše komplexy. Komplexy ruší náš klid, jsou to popudy k vývoji (Kast 2010). Když cítíme nepříjemné averzivní pocity, vyvstávají témata, kterými je třeba se začít zabývat: hranice, morální postoje a hodnoty, přijetí druhými. Averzivní pocity jsou podněty k reflexi vztahů, popudem uvést do pořádku něco, co není v pořádku. To znamená nové definování sebe samého, vztahů s klienty a nové určení blízkosti a distance. Je třeba v těchto nepříjemných pocitech nevidět jen obtíž, ale i impuls k novému, odpovědnému přístupu k sobě a ke klientům. Profesionalitou terapeuta není v sobě averzivní pocity zneškodnit a zlikvidovat, ale využít je pro klienta užitečným způsobem. To znamená v prvním kroku velmi pečlivě své pocity rozlišovat a pojmenovávat (Úlehla, 1999). Pokud si naše averzivní pocity uvědomíme, pak nás budou méně ovládat, budeme je efektivněji zpracovávat a nedovolíme, aby zničily náš vztah s klientem. „*Při procesu uvědomování je důležitou podmínkou zaujetí akceptujícího postoje vůči vlastním nepříjemným pocitům v práci s klienty. Znamená to být vůči nim plně otevřen, být u nich vnímavě přítomen,*“ (Kopřiva, 2013, s. 71)

Někteří autoři (Marcus, Hope, 2001) pracují způsobem, do kterého zahrnují značné sebeodkrytí z jejich strany. Často je produktivním řešením nakládání averzivních pocitů jejich projevení, ale to lze jen tehdy, pokud jsou oba účastníci schopni tyto emoce chápat

jako informaci nebo jako snahu o korektiv vztahu (Kast, 2010). Někdy ale konfrontace není možná. Je na terapeutech, aby se v sobě vypořádali s tím, co vlastně patří do vztahu, co je pro vztah nejlepší, vyvodit z toho důsledky pro vztah, odhalit záměry klienta a přestat se jimi nechat „rozhazovat“, nově vytyčit hranice. V jakých případech terapeuti své pocity konfrontují s klienty?

6 Obranné koncepce v souvislosti s averzí

Pojmy, které jsou blízké emoční regulaci, jsou pojmy mechanismů obrany a copingové strategie (Stuchlíková, 2007). Pokud cítíme intenzivní nelibost, vede to k použití obranných mechanismů. Obrany jsou nevědomé strategie, které slouží k zabezpečení a ochraně jedince před bolestnými afekty, které mohou přicházet jak z vnitřního světa, tak z vnějšího světa (Fonagy, Target, 2005, Freud, 2006). Tyto automatické psychické procesy, působící na nevědomé úrovni, jsou zkoumány především na poli psychoanalýzy, jejímž úkolem je co možná nejhlubší znalost tří instancí, které tvoří psychickou osobnost (Ono, Já, Nadjá) a znalost jejich vzájemných vztahů (Freud, 2006). Aby se Já chránilo před ohrožujícími myšlenkami či přáními, která vyvolávají úzkost, uplatňují se tato obranná opatření (Drapela, 2008). Jednoduše řečeno, jsou to způsoby, jak se zbavit nepříjemného pocitu.

V problematice vzniku averzivních pocitů hraje bezesporu jistou úlohu lidské nevědomí. To, co vyvolává pocity úzkosti a nelibosti je podle Anny Freud zhroucení rovnováhy mezi obranou a tím, čemu se Já brání (Freud, 2006). Popíraný podnět z vnějšího světa nebo potlačený afekt se tím hlásí o uvědomění a tím plodí ony nepříjemné pocity. Podle A. Freud jsou obranné mechanismy „*prostředky, kterými se Já zaštiťuje proti úzkosti a nelibosti a jimiž se snaží upevnit své panství nad impulzivním chováním, afekty a pudovými nároky*“ (Freud, 2006, s. 7). Nás zajímá především ochranná práce proti afektům, které jsou s pudovými impulzy spojeny. Motivy obrany proti afektům, se oproti motivům k obraně proti pudům neliší. Kdykoliv odmítáme naše afekty, musíme se bránit také proti pudovým hnutím, které tyto afekty vyvolávají a při potlačování pudů je vždy první starostí, jak se vypořádat s afekty, které k jednotlivým pudům náleží. Sexuální přání provází pocit lásky, touhy, žárlivosti, urážky, bolesti či smutku. Agresivní přání provází pocit nenávisti, hněvu a vzteku. Jestliže se jedná o afekt nepříjemný, naše Já vůči němu zaujme obrannou pozici a znemožňuje nám afekt vnímat v původní podobě. Tím si terapeuti vytváří jakýsi odstup, který však znemožňuje plnou angažovanost ve vztahu (Kottler, Carlson, 2006).

Psychoterapeuti mají za sebou široký repertoár mechanismů, jak se bránit nepříjemným afektům. Pro porozumění klientovi je potřeba reflektovat nejen obranné mechanismy klienta, ale i ty vlastní. Je třeba zkoumat, kdy se uplatňují a snažit se být si vědomi jejich mechanismu a příčině, kvůli které se objevují. Podle Schwartze je dokonce třeba běžné ochranné bariéry úplně odstranit (Kottler, Carlson, 2006). Terapeuti, které se s prožívaným sociálním dyskomfortem zákonitě dostávají do obranných pozic, totiž ztrácejí svou

výkonnost. Odstraněním bariér vznikne prostor pro větší nasazení terapeuta a tudíž i možnost lepšímu porozumění klienta.

6.1 Druhy obranných mechanismů

Možnosti obranných technik, které máme k dispozici, jsou omezené a jsou volené podle určité situace a také podle fáze života, ve které se nacházíme (Freud, 2006). Obranných mechanismů je celá řada, např. vytěsnění, zkreslení, projekce, reaktivní výtvar, sublimace, racionalizace, identifikace, introjekce, izolace, odčinění, fixace, regrese a agování (Fonagy, Target, 2005). Jelikož popis obranných mechanismů není cílem této práce, nebudu se podrobněji zabývat všemi jednotlivými druhy, nýbrž jen několika pár, které se na straně terapeuta pravděpodobněji vyskytují.

Dvěma častými obrannými technikami jsou **sebekontrola a sebeřízení** (Stuchlíková, 2007). Jsou to dva různé a různě efektivní systémy, které umožňují kontrolovat a zvládat naše pocity. „*Sebekontrola je psychologickým zúžením v zájmu realizace aktuálního záměru*“ (Stuchlíková, 2007, s. 194). Dokud není aktivizovaný záměr realizován nebo opuštěn, jsou naše emoce, potřeby, přesvědčení, hodnoty aj., nepřístupné. Tato technika vede k neschopnosti citlivě reagovat na změny. Flexibilní reagování umožňuje jiná konfigurace vzájemné interakce systémů – seberegulace. Seberegulace je spojena se snížením negativního afektu. Pomáhá nalézt změny v postupu, případně umožňuje změnu aktuálního cíle. Jak víme, emoce ovlivňují celkové řízení psychické činnosti. K tomu, aby naše sebeřízení bylo pružné, sebeaktualizující a adaptivní potřebujeme proces emoční regulace, která nám pomáhá přeladit své emocionální prožívání tak, aby nám nenarušovalo udržování záměru.

Jedním z poměrně často studovaných jevů provázející rigidní regulaci, která těsně souvisí s regulací emočních stavů je **vytěsnění** neboli potlačení. Jde o vědomé rozhodnutí nevěnovat podnětu pozornost (Fonagy, Target, 2005). Naše nepříjemné zážitky, pocity a představy odsuneme do nevědomí, čímž dochází k odstranění úzkosti a napětí (Hartl, Hartlová, 2004). Podle Anny Freud (2006), o něm Já nic neví, vnímáme ho pouze, pokud dojde k jeho výpadku. Přesto jeho nevědomost působí dále jako skrytý motiv chování. „*V psychoterapii se většina agresivních tendencí potlačí nebo sublimuje...Projevuje se to ve snech, ve fantaziích těla i v napětí, jež vyvolávají v terapeutovi. Nedostane-li se tato tenze do vědomí, terapeut může také onemocnět*“ (Mindell, 2008, s. 145).

Vhodným prostředkem, jak „zakopat“ vlastní chyby a negativní pocity, je **popření** (Kottler, Carlson, 2006). Někdy nám pomáhá i předstírat, že se nic z toho vlastně ani nestalo. Během popírání člověk vnímá zjevnou skutečnost a pravdu o sobě, ale odmítá si ji přiznat (Fonagy, Target, 2005; Hartl, Hartlová, 2004). Např. „nikdy jsem k žádnému klientovi necítil averzivní pocity“. Popíráním svých emocí se však popírá i část klientova problému.

Jedno z nejzdařilejších opatření, které Já podniká ve snaze uchránit se vůči Ono, je zdařilý **reaktivní výtvor**, který slouží k popření impulzů tím, že zintenzivní jejich protiklady (Fonagy, Target, 2005). Jedná se o terapeutův přístup, který směřuje proti vlastnímu nevědomému úmyslu (Hartl, Hartlová, 2004). Např. hostilní pocity vůči klientovi může terapeut nahrazovat přehnanou péčí, aby sám sebe přesvědčil, že je dobrým terapeutem.

Nepatologická obrana proti pudům je **sublimace**, která podmiňuje humanizační proces a je tak prospěšná nejen individuu, ale i ostatním. Úzkost je transformována do společensky akceptovatelného chování, kdy je alespoň část energie převedena na sociálně uznávané činnosti a cíle (Fonagy, Target, 2005; Hartl, Hartlová, 2004). Freud, A. (2006) uvádí dalších několik cest, které vedou ke zdánlivě altruistickému chování. Jsou to **projekce a identifikace**. V situacích, kdy nám připadá, že jsme napadáni, je třeba zeptat se sebe samých, jestli neprojikujeme vlastní nepřátelskost. Tak mohou nastat dvě situace. Může se jednat o terapeutovu nepřátelskost vůči klientovi, který se nějaký způsobem dotýká jeho citlivého místa, nebo je to klient, který na terapeuta projikuje část svého Já. Může se jednat o externalizaci jedné části intrapsychického konfliktu klienta, který vznikl na základě vytěsnění jeho nepříjemných pocitů a který byl nyní v kontaktu s druhým člověkem, terapeutem, vyvolán. V klasické teorii **projekce** jsou impulzy a přání chápány jako součást druhého nikoli sebe sama (Fonagy, Target, 2005). Naše subjektivní přání, motivy a pocity neuvědomovaně přenášíme na jiné osoby, kterým přisuzujeme nepříjemné impulzy (Hartl, Hartlová, 2004). Zatímco **identifikace** znamená, že sobě jsou připisovány vlastnosti vnímané v druhém člověku (Fonagy, Target, 2005). To znamená, že v psychoterapeutickém procesu, pokud klient používá obranný mechanismus projekce, je terapeut vystaven nebezpečí uplatnění obranného mechanismu identifikace.

6.1.1 Koncept projektivní identifikace

Projektivní identifikace je ústředním konceptem vývojového modelu podle Melanie Klein (Fonagy, Target, 2005). V psychoanalytickém pojetí se projektivní identifikací rozumí

„obranný mechanismus neuvědomovaného přenášení subjektivních, popř. podvědomých přání, motivů a pocitů na jiné osoby či situace“ (Hartl, Hartlová, 2004, s. 456). M. Klein definuje projektivní identifikaci jako nevědomou infantilní fantazii, jejímž prostřednictvím kojeneček dokáže relokovat své perzekuční zkušenosti: separuje je od své sebereprezentace a učiní jej součástí jiného objektu¹⁰. Dítě je přesvědčeno, že jeho popřené nevědomé pocity vzteku či studu existují v matce. Později tento koncept podrobněji rozpracoval W. Bion, který rozlišil normální projektivní identifikaci od patologické, která se pojí s nepřítomností empatie a pochopení při níž se externalizují více patologické aspekty self. Podle Biona projektivní identifikace není obranou ani fantazií, jak si myslela Melanie Klein, ale spíše interpersonálním procesem, ve kterém se self zbavuje trýznivých pocitů tím, že je evokuje ve druhém (Fonagy, Target, 2005). Není to ryze vnitřní proces, ale vyžaduje druhého, který může projekce zakoušet jako manipulaci, svedení nebo celou řadu dalších forem psychického vlivu.

Projektivní identifikaci lze podle Biona použít ke komunikaci. Emoční komunikace je přiměřeně vypočtena tak, aby v druhém vyvolala pocity, jichž se chce dotyčný zbavit. Podle Sandlera jde o primitivní obranný mechanismus, při němž psychoterapeut prožívá pocit, který lze připsat spíše klientovi (Fonagy, Target, 2005). Pomocí tohoto procesu, ve kterém dochází k „narušení mysli“ terapeuta, se klient snaží vyprovokovat situace dřívější bolestné zkušenosti (Vybíral, Roubal, 2005). Své nepříjemné pocity a přání přemístí do jiné osoby, v našem případě do terapeuta, se kterým se pak snaží manipulovat tak, aby se choval podle jeho očekávání. Na mysl terapeuta působí projekce klienta, které pak terapeut zažívá např. ve formě nejistoty, zmatků, nesoustředěnosti, podrážděnosti, nudy, bezradnosti, přemáhající únavy, neschopnosti klientovi porozumět apod., které se v setkání s jiným klientem nevykytují. Klient tak dává terapeutovi nevědomě pocítit to, co on sám zakouší. Do terapeuta neustále promítá např. svou bezcennost nebo depresivní aspekty sebe samého. Až zpětně, když se terapeut dostane z dosahu klientových projekcí, si může tohoto ovlivňování mysli všimnout a uvědomit, načež se následně může proběhlou identifikací s klientovými projekcemi zabývat. Averzivní pocity terapeutů tak mohou být také výsledkem procesu projektivní identifikace na základě zkresleného vnímání terapeuta.

¹⁰ **Objekt** je psychoanalytický termín označující „osoby, části osob nebo symboly osob či jejich částí, vůči nimž je namířena akce nebo ke kterým se subjekt vztahuje a směřuje svá přání,“ (Vybíral, Roubal, 2010, s. 114).

7 Sebezkušenostní výcvik a supervize

Ať už je příčinou averzivních pocitů cokoliv, je důležité, aby se terapeuti svými pocity zabývali a přišli na jejich konkrétní příčinu (Williams, Day, 2007). To platí zvláště, pokud averze není vyvolána tím, co klient dělá nebo říká, ale základní příčinou negativních pocitů terapeuta směrem ke klientovi je protipřenos nebo samotné já terapeuta. Aby reakce terapeuta nezpůsobila v terapeutickém vztahu další problémy, musí být terapeuti vůči těmto pocitům a jejich reakcím na ně velmi ostražití. V případě, kdy se jakékoliv negativní pocity objevují, je rozumné vyhledat odborný dohled nebo konzultaci, aby možné terapeutovy problémy neovlivňovaly jeho objektivitu při práci s klientem. Existují dvě cesty, jak může terapeut pracovat na svých vlastních zakázaných pocitech, které mu brání v objektivitě a plné pracovní spokojenosti. Jsou jimi sebezkušenost a supervize, které jsou důležitými nástroji, jak se terapeuti učí se svými pocity efektivněji zacházet (Kast, 2010). Vlivu emocí totiž není terapeut bez důkladné reflexe a sebeuvědomění schopen efektivně využít.

7.1 Výcvik v sebereflexi

Problém s přílišnou citovou zainteresovaností se může objevit zejména u těch, kteří neabsolvovali výcvik (Hučín, 2001). Takový terapeuti se mohou snadněji dostat do zajetí své vlastní subjektivity a svých vlastních neuspokojených potřeb. Aby se zmenšila možnost, že si terapeut bude své vnitřní problémy odreagovávat na klientech, je nutné, aby si terapeut uvědomil svá hlavní citlivá místa, dostal se do kontaktu s nejdůležitějšími vlastními emočními traumaty a našel pro ně pojmenování (Kopřiva, 2013). To vše je smyslem sebezkušenostního výcviku, který přináší podstatné sebepoznání a růst osobnosti (Marcus, Hope, 2011). Znalost vlastních stránek osobnosti je nutná, abychom mohli provádět psychoterapii, bez toho aniž bychom poškozovali sebe nebo klienta (Hawkins, Shonet, 2004). Sebezkušenostní výcvik slouží k ujasnění si, co je pro terapeuta bezpečné a co nebezpečné. Jedním z jeho cílů je prohloubené sebepoznání a také schopnost vyrovnat se se vztahem, ve kterém se objeví protipřenos a ve kterém se terapeut nemusí cítit úplně příjemně (Hučín, 2001).

Pro dodržování etických pravidel psychoterapeutické práce, by terapeut měl vědět, s kterými klienty je ochoten pracovat a s kterými by naopak pracovat nechtěl. Pokud totiž ke klientovi cítí odpor nebo jiný averzivní pocit, je dodržování etického jednání těžké.

Terapeut se prostřednictvím sebezkušenosti dozví o svých osobních problémech a chybách a tím minimalizuje jejich dopad na svou práci. Když se s vlastními zakázanými pocity, jako je strach, hněv, averze apod. smíříme, přestávají nás lidé, kteří v nás dříve svým jednáním provokovali vnitřní konflikt, zneklidňovat. Na druhých lidech nám totiž běžně vadí rysy, které nějak souvisí s odmítáním některých vlastních pocitů (Kopřiva, 2013). Je tedy nutné si k sobě co nejvíce připustit i ty stránky, které nám nedělají dobře, které nás obtěžují nebo kterým nerozumíme. Je třeba si je uvědomit a naučit se s nimi zacházet, ne je potlačovat. Jen díky konfrontaci se svými nedostatky se dokážeme opravdu učit a růst (Kottler, Carlson, 2006).

Zaměření se na vnitřní procesy nás samých může být ale složité. Uvnitř nás panují obavy z odhalení vlastních nedostatků. Na svůj vlastní životní příběh má každý z nás slepou skvrnu, nejsme schopni dedukovat a analyzovat to, co se přímo děje v našem životě už jen proto, že mozek s jakousi ochranou funkcí není tak úplně ochoten sám sobě položit otázky, které nám jsou nepříjemné (Hawkins, Shonet, 2004). Na to potřebujeme někoho druhého, kdo nám z vnějšku dá jakýsi aspekt vhledu. K tomu slouží právě sebezkušenostní výcvik, který dává důležitý základ pro celoživotní práci na sobě.

Cílem terapeutovy vlastní sebezkušenosti je schopnost snést své pocity, na rozdíl od klienta, který je projevuje. Úměrně s tím, jak roste schopnost vlídně vnímat své vlastní obtížné pocity, mohutní i připravenost akceptovat druhé lidi, kteří jsou pro terapeuta obtížní (Kopřiva, 2013). Vlastní zkušenost, jaké je to být v roli klienta a moci si vzpomenout, jak si i sám terapeut při vlastním výcviku v takové roli připadá neschopný a má chuť kritizovat své supervizory, aby pocítili totéž, co cítí on, je jedním z nejlepších způsobů, jak přijmout některé z negativních pocitů od klientů (Hawkins, Shonet, 2004).

7.2 Supervize

Pro psychoterapeuta není lehké snášet každodenní obsahy přicházející od klientů. Procesy, které se dějí u klienta, vyvolávají na základě empatie a dalších přirozeně dějících se procesů, odpovídající pochody v terapeutovi, který je musí sám nějakým způsobem zpracovat. Pokud to nezvládne svými silami, poslouží mu k tomu supervize, kam může se svými nejasnými, obtěžujícími pocity přijít. Supervize začíná autosupervizí a ta začíná hodnocením našich vlastních motivů a co možná nejupřímnější přiznáním si částí sebe

samých, které bychom jinak skrývali a to i před vlastním vědomím (Hawkins, Shonet, 2004).

Supervize je v psychoterapii samozřejmou součástí profesionálního vzdělávání a nezbytnou součástí profesionální přípravy. Supervize má několik funkcí – vzdělávací, podpůrnou a reflektující (Hawkins, Shonet, 2004). Jednak pomáhá rozvíjení expertnosti (učení se poznatkům a jejich aplikaci), podporuje profesní i osobní růst terapeuta a vede k disciplinovanému reflektování vlastního profesionálního jednání a toho, co se děje mezi terapeutem a klientem. Supervize přispívá ke zvýšení efektivity služeb, k účinnějšímu zacházení s vlastními zdroji, k prevenci zahlcenosti a přepracovanosti, k prevenci syndromu vyhoření nebo k účinnému zvládání pocitů bezmoci a viny (Úlehla, 1999). Je to prostor umožňující prozkoumat a vyjádřit osobní trápení, vracejících se podnětů, přenosu či protipřenosu, které může práce přinášet (Hawkins, Shonet, 2004). Pokud klient v terapeutovi vyvolává silnou protipřenosovou odezvu, měl by krom odborné konzultace zvážit i vlastní individuální terapii.

Ve většině terapeutických škol se supervize významně týká emočních a vztahových aspektů práce s klientem. Pokud klient v terapeutovi nějakým způsobem vyvolává averzivní pocity, je pro fungující vztah s klientem důležité, aby terapeut dovedl s vlastními rušivými emocemi pracovat. Takovéto případy, kdy terapeut není s tím, jak prožíval kontakt s klientem spokojen, jsou určeny právě na supervizi. Supervizor nebo další terapeut nám může nabídnout jiný pohled na klienta, který nám může otevřít dveře k lepšímu porozumění klienta a averzivní pocity se mohou překlenout v pozitivnější emoce (Williams, Day, 2007). V mnoha případech jsou klienti, ke kterým terapeuti cítí negativní pocity také obtížní klienti, se kterými je terapie složitá. Terapeuti s delší dobou praxe a s vícero zkušenostmi může nabídnout užitečné nápady pro vyrovnání se s výzvami, které klienti prezentují, což následně může snížit terapeutovu frustraci a nelibost klienta.

Samotné sdílení našich pocitů s jinými vzbuzuje podporu ze strany druhých, čímž nám poskytuje náhled na příčiny našeho chování (Hawkin, Shonet, 2004). Supervize je vhodnou metodou k ujasnění si svých motivů. Terapeut v sobě může nést vnitřní konflikt, motiv, který ho vede k určitému způsobu jednání, se kterým není spokojen. Pokud zůstane se svými pocity a nepřátelskými fantaziemi sám, hrozí, že se jimi nechá pohltit, bude se příliš zabývat sám sebou, v důsledku čehož může přehlédnout informace a smysl, který v sobě tyto emoce zahrnují. Rozpoznat své averzivní pocity a nepřátelské fantazie je důležité, aby bylo možné rozeznat původní zranění a aby se mohli začít řešit skutečné konflikty.

Terapeuti se však mohou zdráhat mluvit o svých negativních pocitech. Pro mnohé terapeuty, zvláště pro ty začínající, je obtížné otevřeně přiznat, že mají klienty, ke kterým cítí averzivní pocity. Negativní pocity ke klientům vytváří disonanci ve vnímání sebe samých jako empatických, nesoudících a pečujících profesionálů. Supervize a vzdělávací programy by se měli pokusit o bezpečné řešení této problematiky. Jedním možných způsobů, jak to provést, je uvést, že se jedná o problém, na který naráží všichni terapeuti, bez ohledu na délku jejich praxe (Williams, Day, 2007). Normalizací tohoto problému tak vznikne bezpečnější prostor pro zabývání se těchto otázek v supervizi. Pomáhat terapeutům zabývat se a řešit zažívané negativní pocity konstruktivním způsobem, jim zajistí zjednoduší budoucí řešení tohoto aspektu terapeutické práce.

7.3 Syndrom vyhoření

Pokud se terapeutům nedostává dostatečné podpory, např. formou supervize, stane se, že od svých klientů a pacientů vstřebávají více citového rozrušení, strádání a nepohody, než jsou schopni zpracovat a uvolnit. Terapeut až příliš často prožívá pacientovu bolest, frustraci z neuspokojivých výsledků a řadu dalších nepříjemných pocitů ze situací, pro něž se necítí dostatečně profesně či citově připraven. Je-li energetická bilance terapeuta dlouhodobě záporná, může se dostat do stavu, pro který se ustáli termín syndrom vyhoření, neboli burn-out (Kopřiva, 2013), který doprovází soubor typických příznaků vznikajících v důsledku nezvládnutého pracovního stresu (Matoušek, 2003). K hlavním projevům syndromu vyhoření patří ztráta smysluplnosti práce samé, tudíž se dostávají stavy jako je „*deprese, lhostejnost, cynismus, stažení se z kontaktu, ztráta sebedůvěry, časté nemoci a tělesné potíže.*“ (Kopřiva, 2013, s. 101). Zmíněné a další projevy syndromu vyhoření má po určité době každý pracovník pomáhající profesi (Matoušek, 2003).

Podle Matouška (2003) je nejnáročnější práce s klienty, kteří jsou v určitém zařízení nedobrovolně, nejsou pro léčbu dostatečně motivováni, jejichž chování neodpovídá sociální normě nebo s agresivními klienty. Zmíněné typy klientů budou u s větší pravděpodobností v terapeutech vyvolávat nepříjemné pocity. Intenzivní kontakt s lidmi, jejichž projevy v nás probouzí averzivní pocity představuje velkou zátěž, která ze strany terapeuta vyžaduje vysokou míru nezdolnosti a schopnost se průběžně a efektivně vyrovnávat se stresem. Je velmi důležité věnovat pozornost vlastnímu systému podpory a přebírat za něj

zodpovědnost, jinak hrozí, že stres terapeuta pohltí a dojde ke zmíněnému syndromu (Hawkins, Shonet, 2004).

Syndrom vyhoření hrozí zejména u odborníků, jež se uprostřed své profesní dráhy přestanou učit a rozvíjet. Spoléhají na zavedené vzorce vztahů s klienty a nové klienty berou jen jako stálé opakování těch předešlých. Takový terapeuti dříve nebo později potýkají se ztrátou zájmu o svou práci a klienty a s apatií. V takovém případě je pravděpodobnost zažívání averzivních pocitů větší. S tím souvisí odsuzování sebe samého a hluboký pocit selhání. U některých terapeutů předchází vznik syndromu vyhoření období vysokého pracovní nasazení (Matoušek, 2003), jež doprovází velká emoční angažovanost. Touto cestou vedoucí k vyhoření nejčastěji jdou začínající terapeuti (Kopřiva, 2013), které často na začátku své profesionální dráhy doprovází vysoká očekávání spojená s nereálnými nároky na sebe jakožto na terapeuta. S narůstajícími obtížemi dochází ke ztrátě ideálů, ztrátě důvěry v sebe sama a ztrátě smysluplnosti práce samé. S tím se objevují konflikty a negativní pocity při kontaktu s klienty, omezení komunikace s klienty nebo snaha vyhýbat se jim.

Podle Schmidbauera (2015) dochází k syndromu vyhoření, pokud pomáhající pracovník utíká ke své práci před svými problémy a klienty používá posilování svého narcismu. Tato strategie nevede ke konstruktivnímu řešení jeho problémů a tak po čase dochází k jejímu zhroucení a k tzv. syndromu vyhoření, kterým je třeba zabývat se dřív, než k němu dojde. To znamená vytvářet si zdravý systém podpory, zamyslet se nad svou stínovou motivací k práci, sledovat vlastní příznaky stresu a v neposlední řadě postarat se o vlastní smysluplný, příjemný život. To vše slouží k minimalizaci pravděpodobnosti vývoje syndromu vyhoření.

8 Cíle empirického šetření a výzkumné otázky

Cílem diplomové práce je získat přehled zažívaných averzivních pocitů terapeutů vůči klientům. Zjistit příčinné charakteristiky vzniku averzivních pocitů. Hlavní cíle diplomové práce jsem zformulovala do následujících výzkumných otázek:

1. Jaké averzivní pocity se během psychoterapeutického procesu u terapeutů objevují?
2. Jaké situační charakteristiky se podílí na vzniku averzivních pocitů psychoterapeutů zažívaných vůči klientům?
3. Jak psychoterapeuti s těmito pocity v terapii zacházejí a jak je zpracovávají?
4. Jaké existují souvislosti mezi zjištěnými kvalitativními jevy?

9 Respondenti

Odpovědi na stanovené výzkumné otázky jsem zjišťovala u dvanácti respondentů různého věku, s různou délkou praxe a odlišného zaměření (1x PSA, 4x KBT, 2x Gestalt, 2x PCA, 1x Logoterapie, 2x Arteterapie, 1x SUR). Terapeuty jsem poznala na stážích v poradenských a klinických zařízeních nebo jsem je telefonicky kontaktovala pro doporučení jinými terapeuty. K terapeutům jsem neměla žádný osobní vztah. Základní kritérium bylo dokončené psychologické vzdělání dle zákona č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání, tj. absolvování akreditovaného magisterského jednooborového studijního oboru psychologie. Dalším kritériem byl minimálně jeden rok praxe v oboru. Výzkumu se účastnilo celkem osm žen a tři muži ve věku 26 – 58 let ($M=38$; $SD=10,4$). Průměrná délka praxe je 8 let ($M=8,08$; $SD=6,63$; $max=20$, $min=1$). Respondenty jsem z výzkumných účelů rozdělila do dvou skupin, přičemž jako hlavní kritérium pro rozdělení jsem použila délku praxe. Tak vznikly skupiny tzv. „začínající“ a „zkušení“, kde za „zkušené“ považuji v tomto kvalitativním výzkumu respondenty s více jak pěti lety praxe v oboru. Abych zachovala anonymitu všech dvanácti účastníků výzkumu, jména respondentů neuvádím.

10 Metoda sběru dat

Jako metodu pro získávání dat jsem použila metodu polostrukturovaného neboli semistrukturovaného interview (Miovský, 2006). Výzkumné šetření bylo provedeno s využitím kvalitativní metodologie, konkrétně jsem se inspirovala zakotvenou teorií (Strauss, Corbinová, 1999). Otevřeným kódováním jsem zjistila klíčová témata jednotlivých oblastí rozhovoru a následně porovnávala jejich výskyt a obsah u všech respondentů. Dále jsem analyzovala souvislosti mezi zjištěnými jevy. Závěrečná zjištění usuzuji pouze z výpovědí respondentů, jde tedy o jejich reprezentaci událostí, nikoli o objektivní realitu. Proto „pocity“ jsou v této práci stěžejní.

Nejprve jsem vytvořila schéma s okruhy otázek, které se týkaly zmíněných částí. Pořadí specifických okruhů jsem podle potřeby a možností upravovala tak, abych maximalizovala výtežnost rozhovoru. Některé pasáže měly plně strukturovanou formu, jiné byly ponechány tazateli, který se podle okolností mohl dotazovat a zajistit tak více validních dat. Rozhovor byl tematicky rozdělen na několik částí. V úvodní fázi rozhovoru mě zajímalo odborné zaměření terapeuta a jeho motivace k psychoterapeutickému povolání pro případné propojení s příčinnými jevy averzivních pocitů. Jádro interview tvořily otázky zaměřené na konkrétní příklady výskytu averzivních pocitů v praxi terapeutů, dále otázky týkající se principů a možného pozadí vzniku pocitů a způsobů zacházení s nimi. Např. mě zajímaly prožívané averzivní pocity u terapeuta vyvolané konkrétním klientem a jeho principy chování, které se na vzniku a vývoji pocitů podílejí, dále způsob zacházení a projevoování pocitů během terapie i po ní. Důraz byl kladen na různorodost a především specifčnost či intenzitu určitého prožitku ve vztahu ke klientům. Zaměření se na jednotlivé příklady, ke kterým jsem vztahovala otázky, se ukázalo jako nosné. Rozhovor sestával z různého množství otázek, které byly uzpůsobené obsahu jednotlivých výpovědí a také časovým možnostem terapeutů. Variace ve formulaci a pořadí otázek byla volena dle situace a pro získání co nejautentičtějšího materiálu. K udržení struktury rozhovoru jsem po ruce měla osnovu. Interview jsem realizovala převážně na odborných pracovištích jednotlivých respondentů, v jednom případě jsem použila klidné kavárenské prostředí. Po dobu celého interview byl prováděn zvukový záznam, který byl následně doslovně přepsán a je součástí této práce v Přílohách (viz digitální nosič).

11 Prezentace a interpretace dat

V této kapitole jsem zpracovala informace získané z dvanácti polostrukturovaných rozhovorů, které jsem shrnula, analyzovala, kategorizovala a interpretovala se záměrem co nejmenšího zkreslení. Názvy kapitol odpovídají stěžejním kategoriím plynoucím ze zjištěných výzkumných dat. Ohraničila jsem čtyři kategorie, které jsem nazvala *averzivní pocity terapeutů*, druhá kategorie nese název *projevy averzivních pocitů v terapeutickém vztahu*, třetí *strategie zpracování negativních pocitů* a čtvrtá *podmínky ovlivňující vznik averzivních pocitů*.

11.1 Averzivní pocity terapeutů

Tato kapitola má za úkol prezentovat nejčastěji zažívané averzivní pocity terapeutů vůči klientům. Na základě analýzy výpovědí jsem vytvořila subkategorie, pomocí nichž jsem mohla popsat jednotlivé zažívané averzivní pocity terapeutů vůči klientům.

11.1.1 Bezmoc terapeuta

Nepříjemné pocity vůči klientům se mohou objevit ve chvílích, kdy se terapeut cítí bezmocně, že není v jeho silách klientovi pomoci. Během terapeutické práce vzbuzují klienti pocity bezmoci u více jak poloviny respondentů (5 žen, 2 muži). Pocity bezmoci se objevují u terapeutů napříč směry i déle praxe. Odlišné už jsou ale příčiny těchto pocitů. U méně zkušených hraje velkou roli jejich počáteční **nejistota a strach ze selhání** (Kottler, Carlson, 2006). „*Primárně jde o nejistotu v terapii...nějaký strach z toho, že já udělám svoji práci špatně.*“ (Příloha č. 4, ot. 5,6)¹¹. Nejistý terapeut ve chvíli, kdy klient nereaguje na intervence, tak, jak by si terapeut přál, může začít pochybovat o své odbornosti: „*mám pocit, že něco nefunguje...že mu neumím pomoci...nevím, jak na ně.*“ (1; 4, 10).

Pocit bezmoci označuje jedna z respondentek jako jeden z nejnepříjemnějších pocitů objevujících se v terapii. Tyto pocity se v jejím případě vyskytují u několika typů klientů. Jedním z nich jsou **klienti s mimořádnou nepřízní osudu**, kdy je i samotný terapeut naprosto bezmocný v realizaci pomoci a neví, co dál. Podobná situace bezmocnosti terapeuta je u lidí s nedostatečným vzděláním: „*Většinou jde o rodiče...když jim řeknu: „Pepíčkovi můžete pomoci, když s ním budete každý večer od půl sedmé číst“, a já vím, že ty rodiče neumí číst... to je taková bezmoc*“ (5; 24). V praxi je mnoho případů, kdy je ze

¹¹ Dále se při odkazování na „Přílohy“ budu řídit následujícím kódem: (Příloha č. 1, ot. 2) → (1; 2)

zkušenosti respondentky mnohem lepší nechat zodpovědnost a svobodnou volbu na klientovi. V takových případech vede často bezmoc v poskytnutí pomoci k pocitům lítosti. *„Lítost je velmi často sympatií pro ty, které považujeme za bezmocné a beznadějně“* (Stuchlíková, 2007, s. 169). Psychoterapeuti jsou vedeni k tomu, aby své klienty nelitovali, protože pasivní lítost může zabránit jejich aktivní pomoci. Samozřejmě jsou i takové případy lítosti, kdy je reálná pomoc skutečně nemožná.

Do pocitu bezmoci terapeutů dále „vhání“ **klienti s nadměrným očekáváním**, kteří chtějí *„okamžitě a hned vědět něco, co by odpovídalo věštění z křišťálové koule“* (6; 15). *„Oni přichází s nějakými požadavky...nejsou ochotni o nich vyjednávat a tím pádem asi to první, co ve mně vyvolávají je bezmoc... nemůžu naplnit ty jejich požadavky a tím, že je dávají najevo, mám takovou potřebu je zachránit a to ve mně vzbuzuje nebezpečí a pocit bezmoci.“* (8; 14). Proměnlivost pocitů, které v terapeutech vzbuzují klienti s nereálnými požadavky, ilustruje výpověď jednoho z respondentů: *„Pocit nejdřív nějakého tlaku, pak nějakého zneužití, v něčem bezmoci, že neumím to vyřešit tak, aby odešel spokojen úplně, malinko strach z konfliktu a pak odvaha, jako potřeba to profesionálně zvládnout. A pak takové jako i smutek, že vlastně odešel našťvaný, taková pachůť jako kdyby.“* (8; 7).

Obecně lze konstatovat, že za nepříjemný zážitek doprovázející pocit bezmoci většina terapeutů považuje **neměnný stav klienta**: *„...hodně dávám a vidím hodně malý pokrok, tak s těma pracuji nerad... nemám pocit, že by bylo v mých silách tou svou prací jim nějak pomoci.“* (4; 8). Pocity bezmoci občas zažívá pravděpodobně každý terapeut, pokud pracuje s klienty, kteří nemají kapacitu nebo podmínky pro dosažení uspokojivých výsledků.

11.1.2 Frustrace

Na pocity bezmoci z neschopnosti klientovi pomoci, často podle výpovědí respondentů navazuje pocit **frustrace z malého nebo žádného pokroku**. *„U ní bylo strašně frustrující to, že tam nebyl vůbec žádný posun“* (9; 26). *„Frustrující, je u něj to, že on se na mě trochu upnul a nějak tam chybí ten vývoj.“* (9; 13). *„Pokud je to pacient, kdy máte pocit, že ten efekt bude malý, tak to samozřejmě je frustrující.“* (10; 12). Frustrace jakožto stav zklamání, je vyvolána překážkou na cestě k cíli (Hartl, Hartlová, 2004). Od bezmoci, která člověka táhne do rezignace, se liší stále aktivním postojem. Člověk, který je frustrován stále vyvíjí snahu svého záměru dosáhnout, jen je jeho snažení zkomplikováno. Jak je známo, frustrace vyvolává agresivní chování, zaměřené na poškození frustrující překážky.

Pocity frustrace mohou doprovázet terapeutickou práci např. s depresivním klientem. „Občas může být hodně těžké pracovat s člověkem, který je v nějakém propadu nebo ráně, tak tam být s ním...být s někým, kdo je depresivní, je náročné.“ (12; 13).“ Navíc u těžké nebo rekurentní depresivní poruchy je prognóza většinou negativní, tudíž nelze ve stavu klienta očekávat výrazné pokroky: „I malilinkatý posun je pro ní velký krok, ale pro mě je to hrozně málo na to, jak dlouho jsme spolu pracovali.“ (9; 26).

Mezi častými klienty, kteří v terapeutech vyvolávají pocity frustrace, se ve výpovědích respondentů nacházejí **klienti tzv. non-compliance**. Tito klienti nejsou ochotní spolupracovat, nedodržují léčebný režim a nevyhovují jakýmkoliv terapeutovým snahám o pomoc. „Když je to třeba disociální porucha osobnosti, když je to člověk, který je minimálně motivovaný k léčbě...takový pacient vám vadí, protože je s ním obtížná práce.“ (10; 16). Do skupiny tzv. non-compliantích klientů patří klienti bez náhledu, nepřijímající odpovědnost za svůj problém, bez motivace, „lidé, kteří nejsou nakloněni nějakým způsobem naslouchat tomu druhému, kteří si stále vedou tu svoji.“ (3; 18). Jeden z respondentů uvádí jako zásadní prvek stojící v pozadí jeho averzivních pocitů neochotu na sobě pracovat: „rodiče obvykle chtějí, abych já něco udělala s dítětem a jen minimum z nich má potřebu sami něco měnit.“ (5; 6). „Ideální pro mě je vidět tu snahu a tudíž se mi těžce pracuje s těmi, u kterých snahu nevidím.“ (3; 19). „...ten zápas s demotivovaností lidí...Nepříjemný pocit z toho, že bych měl někomu nutit svoji pomoc...“ (4; 37). „Nepříjemný pocit, jak se člověk snaží, aby ho docpal do lepší spolupráce.“ (10; 4). Pokud se jedná o relapsujícího klienta nebo o klienta, který má náhled na nemoc je frustrace o to větší: „spíš mi to vadí, když je to u těch disociálů, než když je to nějaký psychotický pacient, který je zatím úplně bez náhledu, typické třeba paranoidní schizofrenie. Tam je typické, že oni nemají náhled choroby, tudíž nijak zvlášť nespolupracují, ale takový člověk za tu nemoc fakt nemůže.“ (10; 16).

Mezi omezeně spolupracující klienty patří např. klienti ve vzdoru: „se kterými mi není úplně nejlip, to jsou nespolupracující klienti, který prostě přijdou a mlčí ze vzdoru“ (7; 12), nebo klienti se závislostí, „...zvláště pokud je to kombinovaná závislost, zvláště takový ti hodně mladí, kteří mají velmi chabý náhled, často mají pocit, že jsou tady v terapii za trest a snaží se jenom proplout nějak tím režimem.“ (10; 3). Tito klienti nespojují sami sebe s příčinami problému, často se vidí jako oběť problému jiných lidí a řešení je podle nich na někom jiném. „Ona prostě nemá problémy, ta se tady ocitla náhodou. Problém mají ostatní...tyhle lidi mě trochu rozčilují.“ (2; 23). Tento typ klientů nese název tzv. odeslaný klienti, kteří většinou pro pomoc nepřicházejí sami, ale někdo je pošle (Úlehla, 1999).

Takový klienti často nejsou schopni sebereflexe a nepřijímají za sebe zodpovědnost. Nevidí souvislost trvání problému se svou vlastní rolí při jeho řešení. Jak dokládá výpověď jedné z respondentek, jde o klienty, *„kteří vidí ten problém hlavně v těch ostatních, vidí je v ně svých možnostech, takže vlastně mají pocit, že to, jak jim je, ani nemůžou ovlivnit, že ostatní se musí změnit, že svět se musí změnit, aby jim mohlo být líp.“* (9; 4). Další respondentka mluví o naučené bezmoci klienta: *„klienti, kteří se tváří, jako že jsou zcela bezmocný a nemají vlastně žádné možnosti, jak se z té situace dostat...“* (7; 32).

Přijetí zodpovědnosti za svůj problém se ukázalo být u několika respondentů jedním z důležitých spojujících prvků u klientů vyvolávajících averzi: *„Klienti, kteří jsou osobnostně nevyzrálí, kteří nejsou ochotni převzít zodpovědnost za svůj život, za ty problémy, hledají zodpovědnost v nějakém tom rodiči...místo toho, aby tu zodpovědnost za svůj život nebo za ten svůj stav přijali. Často jsou to klienti s nějakou poruchou osobnosti, dost často s hraniční.“* (7; 28). Takový klienti zaujímají pasivní přístup a tak je zcela logické, že bez jejich aktivní snahy nebude efekt léčby takový: *„Mám pocit, že vydám mnoho energie s velmi malým výsledkem.“* (10; 4). *„Snažím se tu zodpovědnost za jejich věci přesouvat na ně a oni často to nechťejí... jakákoliv konfrontace s nimi vlastně k ničemu nevede.“* (4; 37). Práce s klienty s pasivním přístupem je pro terapeutů neuspokojující, frustrující a vyčerpávající: *„Vadí mi, když jsou negativní, pasivní, tady sedí a mlčí...Tak to je vyčerpávající pro mě.“* (11; 12). *„Když tam není ta motivovanost nějak na sobě pracovat, tak to není uspokojující.“* (9; 8). *„Není to asi tak naplňující práce a nejsou tam tak velké posuny...mrzí mě, že se s nimi nedá dělat víc.“* (9; 4).

11.1.3 Pocit naštvání a vzteku

Klienti s pasivním přístupem k léčbě mnohdy vyvolávají i pocity vzteku, který je reakcí na vlastní bezmoc terapeuta: *„Štvala mě svoji neochotou pracovat na sobě a vzít si něco z toho, na čem jsme pracovali... ona je ten typ „ano, ale“, zůstala víceméně jen u toho stěžování a ta řešení nebyla ochotná nějak zapracovat do sebe. A v takových chvílích jsem měl prostě chuť říct: „Tak jdi někam“, protože se na to můžu vykašlat na celou terapii...bylo to v mých očích beznadějný...takže zase vztek.“* (4; 26). *„To, co mě vždycky na tom provokuje je, že oni zcela tu veškerou svou zodpovědnost a moc v uvozovkách odevzdávají někomu jinému a samy tam jsou zcela v něčem jakoby bezbranní, ale přitom nejsou, jenom tu zodpovědnost nechťejí“* (7; 35). *„Mají pořád ten trpící výraz, a vím, že mnou nějak manipulují, že by se*

mohli posunout, ale nechtějí a já jsem na ně za to pak naštvaná, že si pořád drží ten výraz oběti...pořád říkají, že tohle není ono. Tak to mě dovede naštvat.“ (1; 12).

Vztek v nás často vzbuzují jisté **osobnostní rysy druhých**, které se nás nějakým způsobem dotýkají nebo napadají naší identitu. Prostřednictvím vzteku si tedy chráníme naše hranice a svou integritu (Kast, 2010). „*Pokud ve mě nastala nějaká averze, tak většinou na něco nasedla. Bud' na nějakou tvrdost v tom člověku nebo naopak na nějakou velkou urputnost nebo třeba když člověk se cítí být manipulován k něčemu*“ (6; 11). Jeden z respondentů shrnul osobnostní rysy jedné z klientek, které v něj vzbuzují vztek následovně: „*Manipulativní ulpívavost a prospěchářství, neochota dívat se na věci jiným pohledem, litování se, babráni se ve vlastní lítosti, nekonstruktivnost a všechno dohromady to tvoří nějaký takový dojem.*“ (4; 19). „*osobnosti, které mi úplně nesedí... ti co mají potřebu do něčeho neustále rýpat.*“ (3; 14). Mezi takové klienty patří podle jednoho z respondentů např. komorbidní diagnózy, poruchy osobnosti, zejména smíšené a jiné poruchy osobnosti (F61): „*akcentovaný osobnosti, že mají v chování některé rysy, které jsou zvýrazněné, jsou tam jako takové typicky ženské, že jsou ochotni třeba komunikovat a jsou ochotni bavit se o svých citech a zároveň jsou třeba pasivně agresivní a arogantní.*“ (4; 9).

Pocity naštvaní a vzteku terapeuti často zmiňují v souvislosti s arogancí: „*Mě rozčilují některý vlastnosti lidí. Nemám ráda třeba aroganci.*“ (2;6). „*Iritoval mě tou povýšeností. Já nemám ráda aroganci u kohokoliv, takže mi to vadí i u mých pacientů.*“ (11; 6). „*...od začátku se tvářila, že ona vlastně nic nepotřebuje a dávala najevo, že jí jsem k ničemu...nedodržovala žádné instrukce...když si na to vzpomenu, tak mám vztek*“ (6; 5). „*...když tam chybí nějaká základní pravidla slušného chování a respekt, tak s tím já třeba mám problém.*“ (6; 16).

Averzivní pocity jako je naštvaní se také můžou objevit při projevech **rezistence klienta**: „*...když ty lidi nechtějí tu informaci od psychologa přijmout, brání se tomu, což je často pochopitelný a samotnou tu averzi to až tak nevyvolává, ale pokud je to útočný, tak už potom jo, což často je.*“ (6; 15). Sekundárním projevem odporu v terapii je často agresivní chování vůči okolí. „*Byl ve velkém odporu vůči programu, byl pasivně agresivní vůči ostatním klientům, dal jim jasnou stopku a řekl, vy k tomu nemáte právo se vyjadřovat, protože nejste odborníci, protože prostě váš pohled mi vůbec nic nedá.*“ (7; 18). „*Mám pocit, že v něčem mám zodpovědnost za ty klienty, kteří tady jsou, právě za nějakou jejich ochranu a bezpečí a to, co mě štve, že mám pocit, že on to narušuje.*“ (7; 21). Pokud druhému člověku přisuzujeme zlovolný, bezohledný, zlomyslný nebo destruktivní motiv jeho chování,

probouzí to v nás hněv (Kast, 2010). „...mě rozčilují ty lidi, co se to snaží nějakým způsobem sabotovat, zesměšňovat a vtahují do toho ty ostatní...podkopával nejen moji práci, ale vlastně i těch lidem, co tady jsou...Mě na těch lidech rozčilují ty obrany...Takový ty za každou cenu si to nepřipustit a sabotovat to.“ (2; 23).

Klienti s nadměrným očekáváním v terapeutech nevzbuzují jen pocity bezmoci, ale jak dokládá výpověď jednoho z respondentů, také vzteku, který je reakcí na terapeutovu bezmoc: „*averzivní pocity ve mně vzbuzují hodně asertivní klienti...mají jasnou představu, co jim je a co potřebují...a toho se nějak razantně dožadují. Mohli bychom je nazvat manažeri planety.*“ (8; 4). „*ta jejich naléhavost a urputnost vzbuzuje ať už nějaký strach, tak taky vztek... oni ventilují svou nespokojenost s péčí nebo se službami, takže to je taky nepříjemné...vzbuzují takový vztek, ti mi nejsou sympatičtí.*“ (8; 4).

Další skupina klientů, jejichž chování v terapeutech může probouzet averzivní pocity, jsou **úzkostní klienti**. Při práci s úzkostným klientem se podle jednoho respondenta může objevit „*jistá netrpělivost a naštvaní...Lidi z úzkostí mají tendenci opakovaně se ujišťovat. Hledají takovou jistotu a neustále se doptávají... někdy vydržím míň, někdy víc těchto otázek, a když už přijdou po stopadesáté s nějakým podobným dotazem, tak se velice snižuje nějaká míra laskavosti a trpělivé odpovědi. Oni skutečně jsou otravní tady v tom.*“ (8; 15).

Situace, v nichž se můžeme nechat strhnout hněvem je mnoho. S větší pravděpodobností zažívají terapeuti naštvanost a vztek ve stresové situaci: „*jsem měl pocit dobrý práce a naštvalo mě, že potom když odcházela...říkala, že jako vlastně přemýšlela o tom, že by se chtěla asi zabít...což mi přijde hodně taková jako podpásovka, říct tohle mezi dveřmi...tahle mě vždycky tak nakrkne...dostává mě do stresu vlastně. Tak s takovými lidmi nerad pracuju.*“ (4; 10). Pocit rozčilení a hněvu je často emoční reakcí na zklamání a zároveň představuje motivační zdroj energie udělat něco pro změnu této nepříjemné situace (Kast, 2010). Prostřednictvím napětí má terapeut větší sílu a lepší koncentraci na daný okamžik.

Další velké téma pro psychoterapeuty je **téma hranic**, které se týká více jak poloviny respondentů (2 ženy, 5 mužů). „*Nepříjemné pocity jsem hodně cítil u jedné klientky, která vlastně nerespektovala hranice.*“ (8; 23). „*hraničáři, ty mě štvou.*“ (2; 6). „*On systematicky ty hranice porušuje... člověka nutí do toho, že mu to musí říkat...tohle je pro mě hodně nepříjemná věc...Je to takový trochu osobní, cítím, že na mě má strašný vztek. Dává to dost arogantně najevo, nebo mě přehlíží... to mě rozčiluje, štvě mě to, trochu i uráží.*“ (2; 10). Problematika hranic v terapeutickém vztahu je pro skupinu klientů s hraniční poruchou osobnosti typická (Unger, 2010). Pacienti s poruchami osobnosti mívají problémy

s porozuměním a navazováním mezilidských vztahů, a proto je logické, že se tyto problémy objeví v terapii. Při léčbě se tak může terapeutický vztah stát samotným předmětem terapie. Terapeut by měl být k problémům ve vztahu citlivý a vnímavý. Klienti s hraniční poruchou osobnosti v terapeutech často vyvolávají pocit vzteku, který plyne z jejich obtížné uspokojitelnosti (Goldmann, 2014): „*ty hraničáři, s nimi je to pořád dokola*“ (2; 8).

11.1.4 Pocit vyčerpání

Pocit vyčerpání respondenti referují např. u klientů, kteří překračují hranice. Klienti s touto poruchou nejsou schopni držet hranice, což je pro terapeuta, který je musí opakovaně nastavovat, velmi náročné a často nepříjemné: „*Nemám ráda netolerování hranic, nebo když musím opakovaně ty hranice nastavovat, tak to je pro mě náročné.*“ (2; 6). „*nemám ráda, když musím být já nepříjemná, když musím zpřísnit a tak, tak to je mi nepříjemný. Když mě do toho tímto způsobem vtahují.*“ (2; 24). Terapeut vynakládá obrovské množství energie s minimálním výsledkem, což ho po čase vyčerpá: „*oni jsou nenasytný v té pozornosti. Člověk se snaží, je trochu někam posunout a ono to nestačí ...je to furt na hoře, dole, jako na houpačce, tak to každého po nějakém čase vyčerpá.*“ (2; 24). „*Po skončení rozhovoru si najednou uvědomíte, že už jste úplně vysátá z toho rozhovoru*“ (3; 14).

Klienti testují hranice svého okolí různými způsoby, mohou např. porušováním terapeutického kontraktu nerespektovat tzv. terapeutický setting¹² nebo zasahovat do komfortní zóny terapeuta: „*Často testují ty moje hranice, porušováním nějakého terapeutického kontaktu nebo kontraktu jako takového, oni vždycky testují, co jim ještě dovolíme a co už jim nedovolíme, kam je možné ještě zajít a kam už ne...necítím se v tom úplně pohodlně...nejsem si tam úplně jistá v kramflecích.*“ (7; 8), „*Přivlastňuje si celý ateliér a je to neustálý boj o to připomínání se kdo tomu tady velí...kdo udává ta pravidla a hranice*“ (3; 19), „*porušila ten kontrakt...i přesto, že jsme udělali nějaký antisuicidální kontrakt se dál sebepoškozovala.*“ (8; 23), „*je šíleně zahlcující. Ten vám během odchodu, který trvá třeba čtvrt hodiny, jako že už jde, už jde a mezitím vám xkrát řekne, kdy teda přijde znova a neustále to opakuje... To je pro mě potom náročné.*“ (3; 35). „*Porušoval hranice jak klientů, tak pracovníků...když jsem se snažila hrát roli terapeuta, tak on velmi rychle se to snažil převést do běžného civilního hovoru a obracet ty otázky na mě. A velmi*

¹² Pojem **setting** označuje formální podmínky terapie spolu s bezprostředními i širšími okolními vlivy. Jedná se o významný nástroj terapie.

v tomhle porušoval hranice a to nebylo příjemné...já jsem měla pocit takového souboje snad...měla jsem pocit, že mi opravdu dává čochu, velmi testoval to, co vydržím.“ (7; 15).

11.1.5 Pocit znechucení

Jestliže neustálé testování hranic porušováním terapeutického kontraktu vyvolává pocity vyčerpání, tak překračování hranic společenského kontaktu může vyvolávat pocity znechucení: *„vnáší sexuální témata způsobem kolikero kalhotek má třeba ve skříni, to ve mně vyvolává pocity znechucení...Tím spíš, že jí znám, a že vím, že to je prostředek k manipulaci a jak upoutat pozornost.“ (4; 10).* *„Je vtíravá, oplzlá, takový pocity ve mě vyvolává...“ (4; 11).* Pocity znechucení referoval pouze jeden respondent.

11.1.6 Pocit ohrožení a strachu

Není překvapivé, že pocit ohrožení podle respondentů vzbuzují agresivní klienti: *„Pro mě je asi největší problém agresivní chování.“ (2;12).* *„Nerada pracuji s agresivními klientama.“(7; 8), „kteří na vás nějakým způsobem útočí, ať už verbálně nebo neverbálně...tak ty taky vzbuzují averzivní pocity“ (8; 4).* Agresivní chování ze strany klienta je pro respondenty nepříjemné ať už se jedná o agresi otevřenou nebo skrytou. V intenzitě averzivního prožitku a jeho četnosti však dominuje **pasivní agrese**: *„Jediné, co fakt nesnáším a co je pro mě naprosto nepřijatelný kontakt, je skrytá agrese, manipulanti.“ (5; 22).* U tzv. manipulantů zažívá nepříjemné pocity více jak polovina respondentů (5 žen, 3 muži). *„To, co vím, že spolehlivě ve mně vyvolává nějaký pocit antipatie je, že mám pocit, že ten klient se mnou manipuluje, a že tu pomoc opravdu nevyužívá, že tu je za účelem něčeho.“ (7; 31).* *„Nejnepříjemnější je, když se mnou snaží manipulovat.“ (5; 15).* *„Zmanipuloval svou doktorku proti mně...mě štvál tímhle jakoby nepříjemným zákulisním jednáním, že nejednal narovinu. Pocity jsem měl, že je to nevděk od něj, že je to nefér, zároveň jsem se cítil i ohrožený... a taky mě to štválo...bylo to něco jakoby ztrácet půdu pod nohama.“ (4; 29, 30).* *„Mám jen minimum klientů, ke kterým já mám nějaký negativní vztah. A obvykle to jsou manipulanti...velmi často to jsou hysterické holčičky, sebepoškozující se děti, promiskuitní matky a agresori obecně.“(5; 7).* Daná respondentka uvádí příklad skrytého agresora, otce svého klienta: *„psal stížnosti a byl velmi jakoby skrytý agresivní, ale nikdy nešel do otevřené komunikace, když jsem nabízela. A ještě manipuloval tím prostředím, jakoby přes tu matku...to jsem teda cítila velké ohrožení.“ (5; 29).* K tomu

dodává: „*mě nikdy nenaštval ten klient, ale většinou ty lidi, kteří stáli za ním.*“. Manipulace a pasivní agrese může v terapeutovi vyvolat velké ohrožení a také výše zmíněnou bezmoc: „*Negativní pocity mám, když mi někdo vyhrožuje soudem a takovými věcmi, protože tam já mám pocit veliké bezmoci, protože naše práce je práce neuchopitelná*“ (5; 23).

Pocit ohrožení podle jedné respondentky snadněji vyvolávají klienti s narcistickou poruchou osobnosti nebo hypochondrickou poruchou: „*útočí na mé sebepojetí a sebevědomí tím, jak neustále zpochybňují můj způsob práce a furt říkají, že jim to nepomáhá a nepomáhá.*“ (11; 4). Mezi další skupinu klientů vzbuzující pocity ohrožení a strachu patří klienti překračující nastavené hranice v terapeutickém vztahu a zasahující do terapeutova prostoru: „*Často mi psala sms zprávy...kdykoliv během dne i noci, už mě to začalo štvát.*“ (12; 17). „*...ona mi opakovaně psala maily, telefonovala a snažila se různým vyhrožováním vynutit si to přijetí do péče.*“ (8; 23). Klienti s emočně nestabilní poruchou osobnosti hraničního typu se vyznačují neschopností držet hranice a mimo jiné opakovaným nebezpečím nebo realizací sebepoškozování: „*ve mně vzbuzovala někdy i strach tím, že vyhrožovala, že ublíží mě, někdy i sobě, taky takové to ohrožení a pronásledování.*“ (8; 23).

Psychoterapeutická práce obnáší občasný nebo méně častý kontakt s lidmi, kteří nemají základní hygienické návyky, záleží na specifikaci zařízení. Respondenti, v souvislosti s touto klientelou, referují pocity určitého podráždění a dyskomfortu: „*projevy, jako právě nepříjemný zápach a tak. Což samozřejmě potom vede k určitému podráždění.*“ (3; 13). „*Hodně nepříjemní jsou například bezdomovci, kteří jsou hygienicky zanedbaní, takže zapáchají, mají nějaká podezření na infekce nebo mají různé parazity...tam zažívám takový nepříjemný pocit dyskomfortu v situaci, kdy musíte bojovat s nějakým zápachem dejme tomu toho klienta.*“ (8; 3). „*Zavšivený lidi, zapáchající klienti, evidentně lidi se svrabem třeba, nebo když přišlo dítě a mělo na sobě neidentifikovatelnou vyrážku, tak to spíš tyhle věci, který úplně nesouvisí s tím terapeutickým procesem jako s tím prostředím.*“ (5; 13)

Mezi obtížné klienty, vyvolávající v terapeutovi negativní reakce patří **klienti s disociálními rysy**, jejichž chování často vede k problémům se zákonem: „*Někdy mám pocit takového vnitřního nepříjemného pocitu u pacientů, kteří mají v anamnéze antisociální chování, ať už to jsou krádeže, prostituce nebo něco podobného. ... ti, kteří mají za sebou rozsáhlou trestnou činnost, tak s tím mám takový nepříjemný pocit.*“ (10; 13). „*Ty lidi jsou jakoby lidsky nepříjemný...*“ (10;18).

11.1.7 Pocit nedůvěry a zneužití

Nepříjemné pocity se často mohou objevovat již během vytváření zakázky. Pokud klient přijde s vágní zakázkou, vyvolává to např. v jedné z respondentek pocit netrpělivosti a nedůvěry týkající se na kolik se jedná o neschopnost uchopit svůj problém a na kolik o manipulaci, „většinou mám zkušenosti, že je to právě o nějaké manipulaci.“ (7; 31). Spojitost s potížemi ve vytváření zakázky a manipulací se vyskytuje zejména v párové nebo rodinné terapii, kdy každý člen z páru přichází účelově pro utvrzení se ve své pravdě a z terapeuta tak dělají pouhý nástroj jejich manipulativních úvah a plánů: „...po mě chtějí, abych byl třeba jen nástrojem pro potvrzení toho jejich mínění, že ten druhý to dělá špatně...nepřicházejí, že chtějí něčemu porozumět nebo něco změnit nebo na sobě pracovat...“ (12; 19). Pokud klient terapeuta využívá k dosažení pouze svého cíle jako je např. získání medikace, dočasné ubytování, zajištění stravy atd. v terapeutovi jakožto ve zneužívané osobě to zákonitě vzbuzuje řadu averzivních pocitů jako je hněv, bezmoc, ohrožení a zneužití. „Se cítím, že jsem nějakým způsobem zneužitá. On mě používá k tomu, aby se nasytil...ale to co mu nabízím dalšího, tak on nevyužívá.“ (9; 14). Pocit zneužití zažila jedna z respondentek u klientky s hraniční poruchou osobnosti: „jsem hnedka v uvozovkách skočila na povrch příběhu, který byl velmi dramatický, ale ono to tak úplně nebylo...vyvolávalo to ve mně pocit zneužití, zneužití pomoci...měla jsem pocit, že jsem jí jakoby skočila na něco a cítila jsem se potom zneužitá.“ (7; 24).

Nesympatie a nechuť vyvolané pocitem zneužití vzbuzují také klienti, kteří terapeuta chválí: „Mě je v tom strašně nedobře.“ (9; 33). Podle jejich zkušeností se totiž v dynamice vztahu dějí další věci a za lichotkami se skrývá nějaký klientův záměr, často je to „nevědomá manipulace nebo i z jejich strany to může být nějaká maskovaná pasivní agrese, kterou ze sebe neumí nijak dostat, takže paradoxně klienti, který hodně zdůrazňují tu chválu a tu jedinečnost u terapeuta, tak ti ve mně vzbuzují takovou nelibost.“ (8; 9). „Vím, že to není skutečné, že za tím je nějaký záměr a v tom mi není dobře, to mi vadí i v životě.“ (9; 33). „Není to taková jednoduchá chvála...bud' jsou naštvaní, nebo se vás snaží do něčeho vmanipulovat.“ (8; 11). Manipulace se často objevuje u klientů s emočně nestabilní poruchou osobnosti hraničního typu, kteří používají primitivní obranný mechanismus štěpení - splitting (Unger, 2010). Štěpení v sociálním vnímání, hodnocení a mezilidských vztazích vysvětluje černobílé myšlení, kdy terapeut je viděn jako „skvělý, jedinečný, nejlepší“ a zakrátko poté jako „nesnesitelný, nejhorší“. „Tam je ta nestabilita a to, před čím jsem ostražity“ (8; 9).

11.1.8 Pocit selhání

Podle zjištěných dat se terapeuti ve své práci potýkají s pocitem selhání. Tento pocit referují tři z respondentů (1 žena, 2 muži). „Bylo to asi nejvíc nepříjemný, co jsem zažila...i přesto, že se člověk snaží nabídnout nějakou pomoc, tak je to přijato s velikou velikou averzí z té druhé strany. Určitě tam byl pocit selhání.“ (6; 8). „Vnímám to jako své selhání. Pak jsem takový nespokojený, naštvaný, ať už na sebe, že já nedělám dobrou práci, nebo na toho klienta, že se nikam neposouvá.“ (8; 18). Jak shrnuje výpověď jedné z respondentek, pocit selhání zcela přirozeně vede k nepříjemným pocitům: „Máme rádi klienty, kteří se nějak posouvají a nám dokazují, že to děláme dobře a ty, kteří odcházejí možná nespokojení nebo s nějakým neurčitým závěrem, tak pak si prostě nejsi jistý, jestli to děláš dobře, nebo nemáš ten výsledek.“ (1; 13). Nejistota terapeuta ve vlastní kompetence, která se pravděpodobně váže na nezkušenost, podle výpovědí některých respondentů souvisí s vysokými nároky terapeuta, který svou nejistotu potřebuje zmírnit úspěchy. Pokud se nedostavuje žádoucí pokrok, probouzí to v něm pocity selhání a zklamání: „Zklamání ze sebe. V tom se odráží ty mé představy, jaké nároky na sebe mám, a naráží to na pocity omnipotence, narcismu, že já jsem ten, za kterým přišli, tak to zvládnu, zachráním je.“ (12; 20).

Několik začínajících psychoterapeutů reflektuje strach ze selhání, který se zároveň objevuje u terapeutů s výkonovým nastavením a s ambiciózností. „Primárně jde o nejistotu v terapii, a když jde o život, tak jsou to nějakí problematičtí pacienti a je tam teda spíš nějaký strach z toho, že se něco stane, že já udělám svoji práci špatně.“ (4; 6). Strach ze selhání se stupňuje s rostoucí odpovědností a závažností důsledků neúspěchu. Jeden z respondentů hovoří o svých pocitech u klientů, kteří spáchali sebevraždu: „mám pocit, jakoby mi proklouzli, že jsem možná mohl udělat něco víc. Ne, že bych si to dával za vinu, ale zůstává ve mně takový neurčitý záblesk pocitu, že mi něco uteklo...“ (4; 31). Přesto vše nereflakuje přímo pocit selhání, dokonce zmiňuje: „nevnímám to, jako své selhání.“ (4; 32). Na druhou stranu hovoří o své neschopnosti tomu zabránit: „Nebyl jsem schopný u nich vidět nějaké známky toho, co se chystají udělat.“ (4; 31). Spolu s popsánými pocity se u něj objevuje i vztek a naštvaní na sebe i na klienty: „...mě naštve, že třeba nebyli schopný, být konkrétnější, nebo nějak se o tom vymáčkout...mi to vadí, mám pocit, že mi něco uteklo. Takže na to reaguju vztekem, který jakoby přenáším spíš na ně.“ (4; 31). Tento případ demonstruje vztek jako obranu proti vlastním pocitům viny, jako obranu, která chrání integritu Já. Ve hněvu je obsažen energetický aspekt, který může pomoci se zklamáním nebo

poškozením konstruktivně zacházet (Kast, 2010). Prostřednictvím napětí má terapeut paradoxně větší sílu a lepší koncentraci na daný okamžik.

Výpovědi respondentů odkazují na **ambivalenci prožívaných pocitů**: „Dobře se mi s ním pracovalo, protože byl inteligentní, ale zároveň mě štvál...“ (4; 29). „Na jednu stranu mě to baví, to překonávat a identifikovat a na druhou stranu mě tak nějak štve a je mi to nepříjemný s tím, že se tomu i trochu vyhýbám. Že jsem rád, když třeba odejdou od nás.“ (4; 9). Další respondentka uvádí: „...není to jenom čistě to, že člověk by tam měl jenom to negativní, já jsem se na ní i těšila, je to prostě zajímavý člověk.“ (9; 26).

11.2 Projevy averzivních pocitů v terapeutickém vztahu

Každá emoce ať už pozitivní nebo negativní ovlivňuje kognitivní procesy člověka a vyvolává v něm určité reakce. Behaviorální projevy jednotlivých averzivních pocitů se liší v závislosti na jevech, které tyto pocity vyvolaly a také na osobnosti a zkušenostech terapeuta. Převážně se jedná o obranné reakce, které mají zajistit bezpečí a minimální zásah do terapeutova Já.

Averzivní pocity jako je např. naštvaní a vztek často vedou k **nepřátelskému jednání** (Kast, 2010). „Můžu se dostat do obrany...A někdy to ve mě může probudit agresi, pokud to manipuluje do něčeho, co já nechci. Ale od toho jsem psycholog, abych s tím uměla nakládat.“ (5; 9). „Nejradši bych mu řekla, ať vystřelí z toho ateliéru, když mě tak nesnáší a neleze sem, což ale nemůžu udělat, takže akorát vždycky zatnu zuby.“ (2; 10). „Si to musím tohle poměrně hlídat, abych nesklouzla k nějakému neverbálnímu, takovému občas trochu podprahově jízlivému jednání, nějaké otázce.“ (7; 29). „Samozřejmě to vede k určitému podráždění a možná takové skryté snaze se vyhnout tomu dotyčnému... menší chuť do komunikace s klienty, toho jsem si všímal, vyčítal jsem si to dost, menší míra ovládání se, jako skrývat vnitřní emoce“ (3; 9, 13). „Někdy jsou fáze, kdy si říkám, už bych jí nejradši řekla, ať nechodí...“ (9; 26). Následkem takového jednání jsou velmi často **pocity provinění** (Kast, 2010). „Já jsem měl výčitky, že jsem naštvaný a říkal jsem si, jestli jí vlastně můžu být prospěšný“ (12; 7). „Jsem se netěšil a pak jsem se dostal do výčitek, že jí nepomáhám.“ (12; 9).

Terapeuti referovali **zhoršenou pozornost** a to např. při pocitu dyskomfortu u hygienicky zanedbaných klientů: „Těžko se soustředí a vlastně není tam takový pocit bezpečí...v něčem to tak jako ruší.“ (8; 4). Těžké soustředění doprovází **netrpělivost**: „...nepříjemnost té

situace vás nutí v té konzultaci spěchat, rychle to vyřešit, aby už to bylo za mnou.“ (8; 4). „Si třeba uvědomuji, že jí odbývám.“ (4; 11). „Nejradši bych prostě šla dělat něco užitečnějšího.“ (9; 14). „Se koukám na hodinky. Podle toho to tak poznám, že sleduju čas, že normálně prostě ten čas, máme hodinu, tak už to mám nastrukturovaný, že to dokážu odhadnout ten čas, ale u něj, se podívám na hodinky a mám pocit, že ještě není ani půlka konzultace.“ (9; 11).

V některých situacích např. při práci s manipulativním klientem, si terapeut začne na základě předešlé negativní zkušenosti s tímto typem klientů, vytvářet od začátku spolupráce větší **odstup**, „vnitřně se odtáhnu...zvětším ten odstup vnitřně, takže nemusím být tím tak zasažen“ (8; 9, 13). Nebo se začne více **vymezovat**: „snažila jsem se být co nejprímější a velmi srozumitelně mu dávat najevo své limity, své možnosti a vlastně být jako nevstřícná...jsem byla taková odmítavá, nebo hodně limitující...“ (9; 34). „Často ta averze vede k tomu, že ten člověk má spíš potřebu se jim vyhýbat, nevěnovat se jim a nějakým způsobem je třeba limitovat.“ (3; 21). Odměřenost je další reakce, kterou terapeut zastává např. u arogantních klientů bez pravidel slušného chování a respektu: „Tam jsem odměřenější potom.“ (6; 16).

Výpovědi respondentů se rozcházejí ohledně otázky **transparence terapeuta**, na jejíž základě terapeut ve vztahu s klientem své emoce odhaluje a projevuje či nikoliv. Polovina respondentů své pocity ve vztahu vyjadřuje: „Já nemám problém říct tak teď mě opravdu ale štveš, tohle, co na mě zkoušíš.“ (5; 26). „Když budu mít negativní emoci vůči tomu dítěti, protože mě štve, já mu to neřeknu, tak samozřejmě se budu chovat jinak, budu zamračená nebo já nevím co. A to už ten proces narušuje. Takže já si myslím, že můj klient má právo slyšet, co já cítím.“ (5; 27). „Nebo to ve vztahu terapeutickém nějak vyjádřím. Že ve mě například vyvolává ty pocity a jestli se to možná neděje i jemu někde. S tím se pak už dá nějak pracovat.“ (1; 6). „Velice často jim to vracím a ptám se jich, jestli třeba něco takového vyvolávají i u ostatních lidí, třeba jak to mají ve skupině.“ (4; 13). „Když mi v tom dlouho není dobře, tak já to i klientovi svěřuju. Že vnímám tu bezmoc, kterou cítím, že taky cítím, že už jsme vyčerpali spoustu možností a že se to nikam nehýbe a to je často způsob, jakým mu dát zpětnou vazbu a v té práci třeba i nějak pokročit.“ (9; 15). „Často to vnesu do té terapie. Nesvěřuju se, ale je to něco, co dávám za sebe do té terapie. Popíšu to, dávám si pozor, abych to dobře verbalizoval, že to je něco, co je mého...dávám to tomu pacientovi k tomu, aby on si prozkoumal, jestli třeba něco z toho sedí jemu.“ (4; 20). „Já cokoliv cítím, je pro mě impuls k terapeutickému procesu“ (5; 13). „...když se ten pocit táhne tím vztahem,

tak si myslím, že to je důležité otevřít. Důležité je ale opravdu načasování. Základ je nepoškodit klienta. Sdělování pocitů musí být cílené a promyšlené, abych toho klienta nezahltit něčím svým, co do té situace nepatří. (12; 11). „Nemůžu říct pacientovi: strašně mě lezete na nervy. Ale můžu říct: tohle a tohle chování může u lidí vyvolávat averzi nebo může u lidí vyvolávat nejistotu, už jste se s tím někdy setkal?“ (10; 24).

Jiní terapeuti své pocity naopak klientům nesdělují: „Nedávám své pocity najevo a snažím se mu pomoci jako kterémukoliv jinému.“ (10; 15). „Mě úplně zamrazilo, ale nedal jsem to na sobě znát.“ (12; 16). „Snažím se to nedat najevo, ale ono to může být nějak cítit. (8; 16). „Když vím, že v podstatě je to ve mě, tak ho do toho nechci zatahovat, mám pocit, že bude lepší, když si to vyřeším sám.“ (3; 34). Míra autenticity a transparence terapeuta záleží na druhu absolvovaného terapeutického výcviku, tedy na náležitosti k určitému terapeutickému směru¹³ a na konkrétní situaci, přičemž základním požadavkem je prospěch klienta. Projev terapeuta musí být zásadně ve službě klientovi a terapie (Hučín, 2001). Obecně lze konstatovat, že podle výpovědi terapeuti své pocity vnášejí do terapie v případě, kdy se jedná o dlouhodobý prožitek, který se týká terapeutického vztahu, a který může např. odrážet emoční stav klienta. Odhalení emocí a myšlenek je dobré v případě, že podporuje tzv. sebeexploraci a sebeexplikaci, neboli sebepoznání a sebevyjádření klienta (Hučín, 2001). Pokud terapeutova autenticita a transparence vede k povzbuzení a prohloubení práce s klientem a jeho introspekci, je to v pořádku. V případě, že negativní pocity jsou výsledkem terapeutova slepého místa nebo souvisí s událostmi v jeho běžném životě, je sdílení svých pocitů s klientem pro respondenty nepřijatelné. Potom by terapie byla orientovaná na terapeuta, a nikoli na klienta.

11.3 Strategie zpracování negativních pocitů

To, že terapeuti prožívají vůči klientům averzivní pocity automaticky neznamená, že je narušen terapeutický proces. Aby ale terapie byla úspěšná je důležité negativní pocity nějakým způsobem zvládat, mít je pod kontrolou a nenechat se jimi zahltit a „zaslepit“. Protipřenos se dá zvládnout, pokud si terapeut včas uvědomí, o co jde, a reflektuje to (Hučín, 2001). Neustálá **sebereflexe terapeuta** je základem terapeutického povolání. Prostřednictvím uvědomění a reflexe se terapeut může z područí protipřenosového vlivu

¹³ Např. směr, který typicky zahrnuje transparenční terapeuta je Gestalt terapie. Naopak ne-transparentnost požaduje psychoanalýza, nebo KBT.

dostat. „Uvědomit, co to říká vlastně o mě, když s tím mám ten problém.“ (3; 20). „Je to o tom nad tím nějakým způsobem přemýšlet, všímat si svých projevů chování a reflektovat to.“ (3; 13). „Pracuji se sebou...je na mě, najít si k nim nějakou cestu nebo aspoň nějaký způsob fungování, který nepoškodí ani mě ani jeho.“ (3; 20). „Snažím si uvědomit, že to co způsobuje náročnost toho klienta, je náš vzájemný vztah, tak jak se k tomu já stavím. Tím, že už mám na to takový jistý, doufám, náhled, takovou tu metapozici, tak už nepodléhám tolik té manipulaci, takže se to vlastně nekomplikuje až tak moc.“ (8; 12). „Snažím se ten svůj protipřenos zreflektovat i v terapii, reflektovat to už přímo při té práci.“ (7; 29). „Já se snažím být i při té práci s klienty v kontaktu sama se sebou...člověk potřebuje nějak reflektovat, a když ne v tu chvíli, tak potom si sednout, udělat si zápis a u toho zreflektovat, co se dělo se mnou.“ (9; 19).

Profesionalitou není averzivní pocity zneškodnit, ale využít je pro klienta užitečným způsobem. To znamená v prvním kroku své pocity velmi **pečlivě rozlišovat a pojmenovávat** (Úlehla, 1999). „Nejdřív si to musíte umět pojmenovat, pak to musíte umět ovládat a pak s tím můžete pracovat.“ (5; 14). „Pracuji nejen s pocity klientů, ale i s pocity vlastními...základem té terapie je rozlišit, co je jeho a co je moje...nejvíc mi funguje, že to pojmenovávám.“ (5; 10). „Si sednu a dělám si zápis a tím, že si rekapituluju tu hodinu, tak mám možnost rekapitulovat i svoje pocity a pojmenovávat si, co je moje...do záznamu do závorky si píšu, třeba tohle mě naštvalo, nebo tady se mnou manipuluje, tady zkouší, co vydržím, zkouší hranice.“ (5; 13). „Pomáhá poctivě psát ty konzultace a i ty zážitky z konzultací. Tam se dají vychytat ty mé pocity, fakt psát ty svoje pocity, tam se to dá potom historicky vysledovat, jestli a jak a kdy se to u mě objevovalo. Takže nějakou introspekci.“ (12; 10). „Mi pomáhá si to zapsat. Při tom zápisu si i člověk vybaví nebo ho napadá ještě spousta dalších věcí, třeba napsat do budoucna, jako co by se ještě dalo dělat nebo co z toho vyplývá...Si to vlastně člověk i nějak uzavře a nějak to v něm nepřetržává.“ (9; 25). Pojmenování pocitu i podle výpovědí respondentů vede k většímu uvědomění, které následně umožňuje vytvoření náhledu na své prožívání a objektivnějšího postoje, s kterým jsme schopni naše emoce využít pro terapeutickou práci. „Na začátku bylo nějaké to pojmenování toho, že já už teď nevím...můj pocit. A já jsem to potřebovala nějak vyjádřit a dostat to do našeho procesu. Když se to nějak vyjádří, pojmenuje, tak se něco zase o tom dozvím.““ (1; 8, 9, 10). Pojmenování terapeuta vyvádí z neurčité nejistoty, která způsobuje terapeutovu nerovnováhu. Práce s pocitem, znamená podle Kopřivy (2013) vrátit se k němu, zůstat u něj a čekat na vhodný popis. Pojmenováním pocitu už terapeut není jeho obětí, je

svobodnější, klidnější a může s ním volněji nakládat. Když si terapeut jasně uvědomí, proč je mu klient velmi nesympatický a s jakými vnitřními procesy může taková nepříznivá situace souviset, jeho neklid v něm se postupně oslabí nebo úplně odezní (Hučín, 2011).

Ke schopnosti aplikovat copingové strategie a tím účinněji zvládat jednotlivé averzivní pocity přispívá **supervize a intervize**. „*Za nejdůležitější ve všech pomáhajících profesích považuju supervizi a intervizi. Bezpečná, profesionální. Nemůžu jít do intervize s každým.*“ (5; 34). „*Je dobrý si to vzít třeba na supervizi, pokud to člověk nedokáže překonat.*“ (5; 9). Supervize terapeutovi umožňuje prostřednictvím disciplinovaného reflektování prohloubit terapeutovo prožívání a lepší porozumění situaci, které podle výpovědí respondentů terapeutům pomáhá zvládat nepříjemné pocity. „*Většinou se pobavíme o tom, co nás konkrétně na tom člověku štve. Supervize slouží k tomu si to rozklíčovat, co to s námi dělá, co ten dotyčný s námi dělá.*“ (2; 7). „*Myslím si, že ani ne tak výcvik, jako zkušenost a následná supervize, hlavně intervize, ta je základ pro zpracování negativních pocitů nebo nejasností v terapeutické praxi.*“ (5; 14).

Supervize je určena mimo jiné pro účinné zvládání svých pocitů nekonstruktivnosti práce a pomáhá tak **najít smysl**, který je pro respondenty důležitým předpokladem jejich pracovního uspokojení. „*Když v tom ten kontakt jako takový je zkrátka náročný a přitom v tom nevidím smysl, tak je to pro mě těžké vůbec v tom nějak fungovat. Ten smysl tam ovšem najít lze a jde jen o to si uvědomit, že pro mě nemusí být úplně uspokojující, ale stačí si uvědomit, že uspokojující je pro toho klienta. Když to má smysl, tak je to přijatelnější.*“ (3; 42). Podle zjištěných dat, hraje smysluplnost práce velkou roli. Pokud je supervize momentálně nedostupná, může podle respondenta pomoci „*začít se věnovat nějakému dalšímu klientovi, který nevzbuzuje takovéto averzivní pocity, kde ta smysluplnost je nějak víc cítit.*“ (8; 5). „*Jsem šel dolu, tam jsem si dal čaj, chvíli jsem se posadil a nechal jsem to nějak odplynout a pak přišel další klient.*“ (8; 8).

Další strategií pomáhající zabránit prostoupení averzivními pocity je snaha o **porozumění a pochopení klienta a jeho problému**. „*Pochopit ho, to je hrozně důležité, co ho vlastně vede k tomu chování.*“ (3; 23). „*Snažím se nějakým způsobem chápat tu jeho potřebu.*“ (3; 19). „*Když si člověk uvědomí ty přenosy, tak není problém to zpracovat v sobě a věnovat se pacientům a tomu, co oni potřebují.*“ (10; 8). „*Snažím se se do toho trošku dostat, pochopit je... a s uvědoměním najednou přichází taková určitá pokora vůči němu a vůči jeho situaci, že to doopravdy nemá lehké... Když do toho člověk nakoukne, tak já potom mám problém pokračovat v nějakém tom averzivním chování.*“ (10; 20, 35). „*Já se na ně nezlobím, já jim*

rozumím.“ (9; 32). „*To, že se mi to třeba zdá hrozný, tak je to jenom tím, že jsem tomu zatím neporozuměla. Každý člověk to jeho prožívání má nějakou vnitřní logiku, na kterou je třeba přijít nebo kterou je potřeba nějak prozkoumat, takže v tomhle principu já akceptuju každého klienta, akorát někdy je to prostě těžší.*“ (9; 37).

Pochopení a porozumění terapeutovi umožní oddělit člověka a jeho individualitu od jeho chování, které je projevem určité poruchy. Tím se averzivní pocity proti dané osobě mohou zmírnit. „*Pro mě je podstatný to, že za to nemůžou. Myslím, že ve většině případech to funguje dobře. Jinak bych tady asi nemohla pracovat, kdyby mi tady každý druhý lezl na nervy.*“ (2; 13). „*Dokážu skousnout tu osobnostní averzi, že mi ten člověk nesedí, nebo že mi nesedí to, co dělá, nebo jak se projevuje. Tam jsem vždycky schopen si to odůvodnit tím jeho životním příběhem, osudem, nebo tou nemocí.*“ (3; 42). Vcítěním a snaze pochopit a porozumět projevům chování daného člověka, zabráníme riziku nevhodné generalizace, která hrozí zvláště při práci s klienty, kteří mají zcela odlišnou zkušenost než my. U takových klientů je pravděpodobnost prožitku averze vyšší. „*...když je to člověk z oblasti, do které nepatříte a máte s ním malé zkušenosti, ať už je to etnický původ nebo něco podobného. Tam jsou vám ty lidi jakoby víc cizí, protože jim zas tak dobře nerozumíte. Tam je pak třeba hodně se orientovat na to, co je to za člověka, jak žil, jaké má obecné názory, aby se mohl člověk něčeho chytit. Aby nezastával nějaké nevhodně emočně zabarvené postoje a očekávání, ačkoliv třeba sám té problematice moc nerozumí.*“ (10; 16). To vše dokládá i výpověď z opačného pólu problému: „*Mám strašně ráda psychosomatiky...protože jsou jako já...protože mi připomínají mě samou a já jim dobře rozumím.*“ (11; 21, 22).

Možnost získat lepší porozumění nabízí opět supervize. „*Supervize by ideálně měla vést k tomu připomenout si ten druhý pohled, pohled toho klienta, proč, co ho k tomu vede, k tomu jeho chování a k potřebám a co je za tím...ta supervize může nějakým způsobem pomoci rozkódovat, rozklíčovat a najednou to vidíte v úplně jiném světle. Musíme se na to podívat i z druhé strany...*“ (3; 14, 15). „*Díky naší supervizorce vidíme, že třeba ten klient má problémy s určitým typem lidí, nebo třeba ženský - mužský, a tím pádem tomu i samozřejmě víc rozumím, proč to tak ten dotyčný dělá a mám pro to nakonec nějaký pochopení.*“ (2; 7).

Pokud se negativní emoce nepodaří přeměnit v pozitivnější pocity a ve vztahu i nadále přetrvává averze, respondenti ji často zpracovávají pomocí **ventilace**, např. prostřednictvím **sdílení**, které nabízí především supervize a intervize: „*Pomocné je, když si o tom můžu*

s někým popovídat, ať už na supervizi nebo intervizi. “ (12; 10). „Dost pomáhá o tom mluvit, nějak to vyventilovat. “ (9; 25). „Většinou mi stačí, si to před někým vyříkat. “ (5; 34). „Fajn v takové situaci je sdílení těch problémů, vypovídat se s tím někomu. Je fajn, když se o tom máte s kým podělit a případně si ty klienty nějakým způsobem rozdělit.“ (3; 10, 20). „Rozhodně se to snažím hnedka sdílet, rovnou ventilovat společně s kolegou a to mě hrozně ulevuje. “ (2; 4). „Sdílení v týmu, si společně posteskneme nebo řekneme si, jak je to těžký a nějak se navzájem opečujeme. Promluvit si o tom s kolegyněmi, nějak to ze sebe dostat, vyventilovat to, nezůstat v tom sám, někomu si postěžovat, vyslechnout si rady z řad blízkých kolegů – kamarádů. “ (8; 5, 13). „Když člověk dostane nějakou zpětnou vazbu, třeba jenom, že to chápe, že je to těžký, že to taky zná, tak vlastně si říkám, no, tak to k té práci nějak patří. Nebýt v tom sama, to mi asi pomáhá. “ (9;25). Sdílení s dalšími odborníky je často nejlepší cestou, jak se se situací celkově vypořádat. „Pracujeme týmově, takže to dost často reflektujeme a filtrujeme nebo o tom mluvíme v týmu, a to je to, co mi pomáhá.“ (7; 22).

Někdy tím nejlepším člověkem, na kterého se v bezvýchodné situaci obrátit, není jen supervizor, ale také klient (Kottler, Carlson, 2006). Ke zmírnění averzivních pocitů, podle několika respondentů přispívá zejména **komunikace s klientem**: *„Nejefektivnější způsob, na který jsem za tím přišel je mluvit o tom s klientem...prostě to sdělit. “ (12; 10). „S tím člověkem si promluvíme“ (2; 7). „Já s tím člověkem mluvím a snažím se ho poznat. Většinou se nějakým způsobem prolomí ledy a je to dobrý“. (2; 17). „Když mi je ten člověk ze začátku nějak nesympatický, tak tolik neřeším, jestli je to nějaký přenos nebo ne, ale spíš se to tou společnou komunikací nějak časem promění, že mi začne být nakonec sympatický víc. “ (2; 18).*

Jedna z respondentů se snaží své negativní pocity zmírnit prostřednictvím **identifikace klientových silných stránek**: *„Já na nich vždycky hledám něco pozitivního...jsem se naučila na to nedívat z pohledu kritického, ale naopak si v nich najít něco pozitivního, aby mě ten člověk nešval“ (2; 13). „Soustředila jsem se na to, abych to tomu dotyčnému nějak nedala najevo a snažila jsem se vidět tu pozitivní stránku v něm a postupem času se stávalo, že se mi to úplně obrátilo. “ (2; 18). Dalším řešením jak zmírnit averzivní pocity je zaujmout fenomenologické hledisko a **vytvořit si odstup** od běžného způsobu myšlení: *„udělat si ten krok stranou a zkusit aspoň na chvíli jít do toho zase otevřeně a nepopsaně, jako s čistým štítem, vykašlat se na to, co bylo a zkusit najednou s tím klientem mluvit jen tak, bez té zátěže...Toho klienta vidíte z jiného pohledu a najednou vám tam třeba dojde, že je to vlastně fajn človíček, akorát že prostě má tenhle problém“ (3; 24).**

Jako účinné copingové strategie mohou posloužit **relaxační činnosti**: „*Já si to odfiltruju, kompenzuju to potom nějakými emočně příjemnými zážitky nebo zkušenostmi a prostě chováním, které se týká mého soukromého života a podobně. Protože, když bych použila přirovnání oni z vás tak jakoby vysávají tu energii a musíte ji někde načerpat. Musíte někde načerpat pozitivní emoce. To je potom v nějakých sportech a jiných zájmových volnočasových aktivitách a tím to zase zkompenzuju, takže se necítím s tím mít problém.*“ (10; 19). „*Snažím se věnovat nějaké jiné činnosti, která mi pomůže nějak se přeladit. Ať už tvůrčí nebo nějaké relaxační, prostě dělat něco jiného, změnit druh činnosti, nechat to vlastně za sebou. Pomáhá i práce s tělem. Dejme tomu soustředit se na dýchání, na stabilizaci, pevný postoj, držení těla. To mi pomáhá pracovat s pocity toho tlaku, ustát i tu hranici.*“ (8; 5, 13). Míra odolnosti terapeuta vůči zátěžovým situacím je závislá na jeho celkové kondici, proto je důležité míru své frustrační tolerance zvyšovat, jak dokládá jeden z respondentů např. „*relaxací, orientací se na nějaké koníčky, věnovat se nějakým pozitivním zážitkům, aktivitám, společenský život mimo psychoterapii, sport.*“ (8; 17).

Osobní nepříjemné záležitosti mohou být v mnoha případech vytěšňovány do osobního nevědomí. **Princip potlačení** zmiňují i dva z respondentů: „*Hodně toho averzivního potlačím tak, že už si na to nevzpomenu.*“ (4; 22). „*Pocity, který ve mě vyvolává, si docela dobře uvědomuju a snažím se je potlačovat. Vlastně je potlačuju, abych mohl dostát té své profesionální roli pomahače.*“ (4; 11). „*Já jsem takový vytěšňovač, takže se snažím na tyhle věc rychle zapomenout.*“ (2; 23). „*Snažím se nevnímat ty negativní pocity. Někakým způsobem si je nepřipustit.*“ (2; 25, 30). „*Snažím se to moc neprožívat, trochu to vypouštět, splachovat, nepodléhat tomu. Říct si, že mě to neštve...Snažím se na to nemyslet a soustředím se na jiný klienty.*“ (2; 5, 15).

Někdy jsou terapeuti v takové situaci, že jediným dostupným způsobem jak naložit s nepříjemným prožitkem je **vydržet**: „*Musel jsem vydržet.*“ (3; 10). „*Potřebovala bych mít nějaký čas odstup, abych si oddychla a nabrala novou energii. Což se teď bohužel nedá. Si prostě někde stranou zanedávám a snažím se to tak nevnímat. Snažím se si říct, že to je ta nemoc, a že to musím nějak vydržet.*“ (2; 11). Zvláště pokud vidí, že terapie je pro klienta přínosná: „*Se to prostě snažím překousnout...nejsem až tak možná autentická...ale vidím tam třeba ten vývoj, tak si říkám dobrý, pro ně to nějak užitečný je a já si tu práci zvládnu nějak překousnout.*“ (9; 22).

Dalším možným způsobem řešení je vyhýbat se situacím, které v nás vyvolávají averzivní pocity, což vede k **odmítání některých klientů**: „*Narcisty si neberu do terapie,*

hypochondry si neberu do terapie. “ (11; 7). „Skrytí agresori jsou něco, s čím já nechci dělat a odmítám to...do toho já dneska už vůbec nejdu.“ (5; 16). „Já jsem s nima dělala tak strašně dlouho, že už jsem asi vyčerpaná. Že už nechci jít do toho manipulativního přestrkování a hraničení se s někým.“ (5; 19). „Já nejdu do těch konfliktů a je to čistý pud sebezáchovy.“ (5; 22). „Do terapie si vybírám lidi, který opravdu jsou motivovaný, jsou otevřený na těch tématech pracovat a ty, u kterých to až tak necítím, tak prostě ty si nevyberu. Zůstaneme na té poradenské úrovni nebo je třeba doporučím někomu.“ (9; 21). „Já jsem se vždycky snažila ty klienty, který jsou pro mě nepříjemný, nebo ve mě můžou vzbudit nějaký nepříjemný pocity, tak je poslat někam jinam...Protože to si myslím, že je něco, co může tomu klientovi ublížit.“ (9; 28).

Pokud jsou obtíže terapeuta ve vztahu ke klientovi nepřekonatelné, je občas tím nejlepším řešením **předčasné ukončení terapie** (Úlehla, 1999). *„Jsme se potom dohodly, že se scházet nebudeme.“ (6; 7). „Jsme to vyřešili tak, že jsem ho dala kolegovi.“ (7; 16). „Bud’ ukončit, nebo přeformulovat tak, aby to k něčemu vedlo.“ (9; 18). „Když se nepodařilo tu společnou zakázku vytvořit, tak prostě jsme se rozloučili...nejde pracovat v párové terapii na dvou různých zakázkách“ (12; 19). „Jsem se dostal do výčitek, že jí tím, že jsem na ní naštváný, nepomáhám, že jsou nějaký limity a jestli není čas jí doporučit někoho jiného. Ale to byla taková spíš úniková myšlenka.“ (12; 9).*

Odpoutat se od vlastních emocí je velmi náročné. Pravděpodobně žádná z výše uvedených strategií averzivní pocity zcela nezažene. Může ale pomoci je zmírnit a umožnit tak účinnější způsob zacházení s nimi na úrovni, na které bude jejich zásah do terapeutického vztahu a procesu minimální. *„To že mám nějaké nástroje, že umím s tou situací zacházet, tak to ve mně zmírňuje averzivní pocity vůči klientům.“ (8; 13).*

11.4 Podmínky ovlivňující vznik averzivních pocitů

Podle výpovědí respondentů je zřejmé, že averzivní pocity vůči klientům pokládají za **součást lidské přirozenosti**: *„Je to úplně přirozené. Jsme lidi, máme taky za sebou nějaké své zážitky, nějaké zkušenosti a někdy je v nás pacient může probudit a vyvolat. Je úplně normální, že se to v terapii děje, a pokud člověk s tím umí pracovat, tak to nemusí být žádnou zvláštní překážkou. Patří to k člověku, že nejsme stroje my terapeuti.“ (1; 21) „...to že ve mě, nějaký vlastní osobnostní predikty vzbuzují negativní postoje ke klientům, který samozřejmě tohle probouzí, tak to jo. To si myslím, že je přirozený a kdo říká, že ne, tak by*

měl jít do výcviku. “ (5; 18). „Mám své lidské stránky“ (12; 10). „Všichni máme přirozeně lidské emoce, takže je jasné, že některý pacient vám je prostě sympatičtější než jiný, ale musíte prostě pracovat a dělat, co je třeba, ať je vám ten pacient sympatický nebo ne. “ (10; 16). „Tyto pocity se nám dějí všem, asi proto, že jsem na živu, se mi dějí. Není reálné, aby nám všichni klienti byli sympatičtí. Můžeme tomu přičítat i vyčerpání. “ (8; 22).

Důležitým faktorem, který ovlivňuje frustrační práh terapeuta je jeho **aktuální psychická i fyzická kondice**. *„Ta míra odolnosti souvisí s celkovou psychickou kondicí, frustrační tolerancí, je lepší, když jste odpočatá a máte vyřešené svoje obtíže a máte nějak zaopatřené vlastní potřeby a tak nějak předcházet, zvyšovat celkovou kondici a celkovou frustrační toleranci. “ (8; 16). „Člověku v téhle té práci nesmí být blbě. Jak fyzicky, tak psychicky. Fakt je lepší, radši zůstat doma. Tady rozdáváme tu empatii a tu podporu lidem a myslet u toho na to, že mě třeba bolí zub nebo břicho. Když sami máme málo pozitivní energie, tak ta práce nejde vykonávat dobře. “ (2; 29).* Na averzivní pocity mají vliv i **události v soukromém životě terapeuta**. Terapeut se může cítit rozrušen, nepochopen nebo zmaten pokud prochází nějakým osobním traumatem, proměnou nebo krizí (Kottler, Carlson, 2006). Osobní problémy a protipřenos narušují správný úsudek. *„To může být taky ovlivněné tím, co se mě děje, v tom běžném životě, tak to se snažím nějak odfiltrovat. “ (12; 10). „Pokud my nejsme v pohodě, tak hrozí, že nebude v pohodě ani ta naše práce. Klienti to vycítí. “ (3; 16).* Osobní záležitosti, které se odehrávají v životě terapeuta, narušují jeho pozornost a schopnost se soustředit na to, co se děje ve vztahu s klientem.

Podle výpovědí respondentů má na prožívání a vnímání averzivních pocitů a na jejich porozumění vliv **osobnost terapeuta**: *„V menšině případů cítím vůči těm klientům něco averzivního. Spíš to je možná i nějakým osobnostním nastavením...jsem typ, který hledá tu chybu spíš u sebe nebo to, co se děje, ten zdroj vnímám jako, co já s tím můžu udělat, nebo jaký postoj já mám změnit, nebo co já mám udělat jinak, abych to třeba neprožívala negativně. “ (9; 32). „Nejsem asi typ, že bych měla s lidmi konflikty. Je to spíš hodně o práci sama se sebou. “ (9; 37).*

Svým odlišným osobnostním nastavením si respondenti mimo jiné vysvětlují své averzivní pocity vůči negativním a pasivním klientům: *„jsem sama jinak nastavená než oni. Jsem optimista a věřím, že i když je na tom člověk opravdu prabídně, tak všechno má řešení a vlastně mě rozčiluje, že to tak někdo nemá, ale to je spíš moje nezralost psychologická...Potřebuju větší náhled na to, větší trpělivost, větší moudrost, pochopení, větší toleranci a to si myslím, že mi chybí. “ (11; 13). „Nemám na to trpělivost no, to je asi*

celý. A to je moje nastavení, já nejsem úplně trpělivá, já jsem prostě hyperaktivní, já chci všechno hned.“ (11; 10). *„Já sama jsem velmi agresivní...a na agresora já můžu reagovat pouze agresí, abych ho zastavila. Ale protože mi zkušenost říká, že to není funkční, tak s nima být nechci.*“ (5; 17). *„Mně dělá potíže, že nemám ráda konflikty, nerada jdu do těch hádek a vyjasňování si nějakých hranic...s tím já mám problém jako celoživotně.*“ (2; 25). *„My tu jsme s kolegou spíš takový ty, co nemáme rádi konflikty a jsme takový asertivní a spíš se přizpůsobujeme my jim a naopak máme problém, kdy naopak zjistíme, že nám to přerůstá přes hlavu, protože se k nim spíš chováme jako kamarádi, nebo trochu osobněji.*“ (2; 20). *„Chytám ty emoce, což může být výhoda v té práci, když to jde, ale nevýhoda pak, když to nejde.*“ (12; 14).

Určitou roli v prožívání averzivních pocitů hraje **ambicióznost a výkonové nastavení terapeuta**. Touha po výkonu se požaduje i po klientech, které toho často nejsou schopni. V takovém případě pak ambiciózní terapeut může prožívat frustraci, pocit selhání a bezmoci, nebo naštvaní na pacienta: *„Pak jsem takový nespokojený, naštvaný, ať už na sebe, že já nedělám dobrou práci, nebo na toho klienta, že se nikam neposouvá“* (8; 18). Nepřiměřená tvrdost na sebe a na svůj výkon je pro většinu vysoce dovedných a sebekritických terapeutů typická (Kottler, Carlson, 2006).

Averzivní pocity často nasedají na terapeutovu **tzv. „slepou skvrnu“**. To, co klient předkládá, je až moc blízko tomu, kde terapeut samotné bota tlačí. *„Myslím si, že doopravdy neplatí, že by to byl problém klienta, ale hlavně toho terapeuta a někdy zkrátka jde o to, že ten klient zrcadlí určité naše třeba nedostatky nebo problémy. Jak se říká, na druhém nám vadí vlastně to, co nám nejvíc skrytě vadí na nás samotných, takže tam trochu pozorují určité paralely sám se sebou a nastavuje mi to tudíž trochu to zrcadlo“* (3; 20). *„Vždycky v tom je trochu ještě něco víc, něco osobního na co on to zahraje, na tu strunku.*“ (2; 17). *„Je možné, že tam je nějaká má osobní záležitost.*“ (2; 23). *„Já vždycky hlavně ty důvody hledám u sebe.*“ (3; 30). *„Za každým tím averzivním pocitem se skrývá to, že já mám problém s nějakou svou vnitřní částí, která se vlastně v tom nějak manifestuje.*“ (9; 31). *„Jasně, že to bude nějaký komplex z dětství... si neseme z dětství komplexy, a nějaká jádrová schémata, která nejsou úplně pozitivní, takže asi tam to naráží. Vlastně mám pocit, že tu práci dělám dobře, že se člověk nějak vyhrabe z toho dětství, kdy je zakomplexovaný, má pocit, že je hloupý a pak vlastně děláme nějakou práci a pak přijde někdo, kdo vám do toho zase šťourá, takže to může být asi ono.*“ (11; 9).

Averzivní pocity mohou souviset s nejistotou terapeuta a zklamáním ze sebe a fungují tak jako **obrana**. „...asi tak jsme nastavení, že když se prožívají tyto pocity, tak mnohokrát nějaké naštvání nám pomáhá zvládnout pocity bezmoci a tlaku... takže proto se to naštvání objevuje, protože mě chrání před mými pocity bezmoci.“ (8; 14). „...cítím, že se v tom necítím dobře a nevím třeba proč. Možná že se mě snaží zaplavit spoustou informací a očekávají, že se ke všemu vyjádřím a pro mě to jsou někdy úplně zbytečné informace, je to až přílišné zahlcení, ale pak by ta má averze, nebo nějaké negativní pocity byly nějakým signálem obranou proti tomu zahlcení.“ (6; 11).

Z výpovědí respondentů vyplývá, že zažívané nepříjemné pocity řada z nich využívá pro terapeutickou práci s klientem. Zažívaná averze může obsahovat **informaci o vnitřním světě klienta**, o jeho sociálních vztazích apod. „I ty nepříjemný pocity беру jako nějakou informaci. Informace o tom, co ten člověk může v lidech vyvolávat nebo někdy je to informace možná o tom, jak sám se vlastně cítí v mnoha případech, koneckonců i tady u toho klienta ta bezmoc, kterou já cítím v té práci, tak tu on možná cítí taky v životě. Takže je to pro mě i nějaký vodítko pro terapeutickou práci. V terapii to může být velmi užitečný nástroj ty pocity. Takže se to do toho vnáší zpátky nebo nějaký návod na to, jak tomu člověku víc porozumět a jak ho vést.“ (9; 19). „Velmi často se v nás odráží to, co zažívá ten klient a může nám to dát úplně jiný pohled než jen to, co říká.“ (9; 27). „Někdy je zkrátka za tím něco skrytého, nějaké skryté motivy.“ (3; 15). „Ten spouštěč (pozn. aut., spouštěč agresivního jednání) byla úzkost. A s tím se poměrně dobře pracuje, protože tam nejde o to, že ten člověk vám chce ublížit, ale bojí se sám o sebe a o své ublížení si.“ (5; 19). „...pro něj je tohle forma, jak mít tu pozornost. Být ten odmítaný. Takže on vlastně vytváří ty situace, kdy na něj člověk reaguje averzivně. Protože v tu chvíli tu pozornost věnuje pouze jemu.“ (3; 35).

Na závěr této kapitoly pokládám za příhodné citovat jednoho respondenta: „Potkal jsem za život lidí, kteří působili jako, že mají rádi každého bez rozdílu. Myslím si, že nějakou diagnózu bychom jim našli.“ (3; 13).

12 Stěžejní kauzální principy vzniku averzivních pocitů

V této kapitole jsem zpracovala data pomocí kvalitativní analýzy, která jsem získala na základě dvanácti polostrukturovaných rozhovorů. Na základě analýzy získaných informací jsem určila stěžejní kauzální principy vzniku averzivních pocitů, které umožňují hlubší porozumění zkoumaným jevům. Kapitola se zabývá explikací souvisejících fenoménů, mající vliv na vznik a prognózu dalšího vývoje zkoumaného jevu.

12.1 Výkonové nastavení terapeuta a pocity bezmoci

Výpovědi respondentů vykazují souvislost mezi výkonovým nastavením terapeuta a jeho zažívanými pocity bezmoci v terapeutickém vztahu. Ze zjištěných kvalitativních dat jsou **nejčastějšími zažívanými averzivními pocity ambiciózních a výkonově nastavených terapeutů, pocity bezmoci, frustrace a selhání**. Tyto pocity se objevují zejména u klientů, jejichž **lčba je dlouhodobá, pokrok minimální** a kteří vyžadují dostatek času a prostoru ke zlepšení jejich stavu. Potřeba je tudíž také jistá dávka trpělivosti, která daným respondentům občas chybí, čímž se pocity bezmoci stupňují: „...*to fakt nejde takhle hned. Což já někdy bych samozřejmě chtěla mít vyřešený hned, a aby všechno přijaly.*“ (1; 4).

Ve výzkumném souboru respondentů se nachází tři psychoterapeuti, do jejichž terapeutické práce se promítá jejich **potřeba podat výkon**: „*V každém případě naštvání na pacienta můžu najít svoji touhu po nějakém výkonu.*“ (1; 22). „*Nemám na sobě ráda, když něco úplně neumím, jsem nastavená někdy na výkon a mám pocit, že do toho výkonu tlačím i pacienty.*“ (1; 4). „*Moje slabá stránka je ambicióznost. A takové výkonové nastavení... hodně velká ambicióznost něčeho dosáhnout*“ (8; 18). S pocity bezmoci zvýšeně koreluje také **potřeba být užitečný pro druhé**: „*Mám takovou potřebu je zachránit a to ve mně vzbuzuje nebezpečí a pocit bezmoci.*“ (8;14). „*Vidím, že mi to sytí tu potřebu potřebnosti, být tu pro druhého, že já jsem ten, na koho se obrátí. Být potřebný, někdy až za každou cenu. Vyřešit ten problém, říct nějakou radu.*“ (1; 3). Terapeuti na sebe berou příliš velkou zodpovědnost za výsledky svých klientů. „*Vím, že já bych chtěla, aby odsud odcházeli v co nejlepším stavu, kondici, zdraví, nebo aby měli všechny mechanismy už popsané a s nadhledem.*“ (1; 17).

Negativní stranou výkonového i utilitárního motivu je **strach ze selhání**, který jde ruku v ruce s **nejistotou terapeuta**. „*Strach z toho, že se něco stane, že já udělám svoji práci špatně.*“ (4; 6). Nejistotu přiznává i začínající terapeutka, která ji dává přímo do souvislosti se svou motivací k povolání psychoterapeuta – být potřebný. Vlastní výkonový a utilitární

motiv terapeuta spolu s jeho nejistotou podle zjištěných dat přispívá k problematické interakci s klientem, která v terapeutovi vyvolává nepříjemné pocity bezmoci. Jak dokládají výpovědi respondentů, potřebu užitečnosti a výkonu doprovází požadavky, které se vyžadují naplnění. V případě utilitárního a výkonového motivu se jedná o **požadavek progresu** na straně klienta. Pokud klient potřebuje více času a prostoru pro další krok a požadovaného výkonu není momentálně schopen, dostává to terapeuta do stadia bezmoci. Výkonově nastavený a nejistý terapeut potřebuje vidět výsledky své práce, které potvrdí správnost jeho přístupu a zažene nejistotu. „*Toužím se s tím klientem někam posunout a ono to nejde. A to je pak frustrující. Vnímám to jako své selhání, nebo poslání toho klienta, jako že nepracuje dost. Pak jsem takový nespokojený, naštvaný, ať už na sebe, že já nedělám dobrou práci, nebo na toho klienta, že se nikam neposouvá.*“ (8; 18). „*Špatný pocit z toho, že se nikam neposouváme.*“ (1; 9). Pokud výsledky léčby klienta nejsou podle terapeutova očekávání, objevují se pocity bezmoci: „*Pocit bezmoci, že to neumím vyřešit tak, aby odešel spokojen.*“ (8; 7). „*Mám pocit, že něco nefunguje...fakt nevím jak na ně. To opět nasedá na ten můj pocit bezmoci.*“ (1; 12).

Výše popsané výkonové a utilitární nastavení, nejistota, strach ze selhání se s větší pravděpodobností vyskytují u začínajících terapeutů, jejichž představy o léčebném procesu ještě nejsou tak poznamenány realitou. Několika respondenty často zmiňované „záchranářství“ mladých začínajících psychologů je spojeno s intenzivním pracovním nasazením, netrpělivostí, silnou emoční angažovaností a nejistotou identity sebe sama jakožto terapeuta, což v případě nesnáží způsobuje daleko hlubší zásah do terapeutova sebepojetí, nežli je to v případě zkušených terapeutů, kteří si za léta zkušeností naučili vytvořit si odstup, snížit nároky na sebe i na klienty a jejichž identita psychoterapeuta je posílená a nestojí tolik na úspěších, jako to bylo na začátku jejich profesní dráhy psychoterapeuta. „*Za ty roky, jsem se naučila některý věci tolik neprožívat, nějakým způsobem se nad to dokážu povznést.*“ (2; 30). Z toho vyplývá zjištění, že mladí **začínající psychoterapeuti budou pravděpodobně zažívat pocity bezmoci častěji** nežli psychoterapeuti s delší dobou praxe. Terapeuti stojící na počátku své profesní dráhy nemají ještě dostatek zkušeností, na kterých by mohli stavět a upevnit svou identitu terapeuta. Jakýkoliv nezdár nebo dílčí selhání v terapii se jich dotýká a „nabourává“ jejich identitu sebe sama jako psychoterapeuta daleko silněji, nežli zkušenějším terapeutům, kteří již nemusí o svých kompetencích tolik pochybovat. Během svého dlouholetého terapeutického působení mají za sebou mnoho léčebných úspěchů, které jim poskytly větší důvěru ve své

znalosti a dovednosti, čili určitá selhání a pochybení se jim na základě vybudované konfirmace sebe sama jako psychologa, daří překonávat daleko snadněji.

Dále bude se zvýšenou pravděpodobností pociťovat bezmoci a frustrace podle zjištěných kvalitativních dat zažívat **ambiciózní terapeut toužící po výkonu**, který se navíc může potýkat s nejistotou a strachem ze selhání, jež se snaží svými výkony zahnat. Výkonové nastavení terapeuta a ambicióznost, jakožto nárok na sebe, podstatně zvyšuje úroveň toho, co je „dobré“, tím se tedy zvyšuje „laťka“, které je třeba dosáhnout k zajištění spokojenosti terapeuta. Vysoká očekávání, které na sebe ambiciózní terapeut klade, ho dostávají na hranice svých možností v podobě emocionálního a psychického vyčerpání vedoucí k averzivním pocitům. *„Zklamání ze sebe...v tom se odrážejí ty mé představy, jaké nároky na sebe mám, a naráží to na pocity omnipotence, narcismu, že já jsem ten, za kterým přišli, tak to zvládnou, zachráním je. Vlastní kompetence a taková nejistota sama sebe v profesi.“* (12; 20).

Velmi důležitou složkou zpracování pocitu bezmoci je uvědomit si a rozlišit, co z toho pocitu bezmoci souvisí právě s výkonovým nastavením terapeuta, kdy klient „brnká“ na terapeutovu nejistotu, a co může souviset se skutečným stavem klienta a pociťovanou bezmoci jsou odrazem jeho aktuálního stavu. Ze zkušeností respondentů potýkajících se s pocitem bezmoci je občas účinné tyto pocity vyjádřit v terapeutickém vztahu. Mohou totiž poskytovat informace o vnitřním světě klienta, informace o tom, co zažívá klient a tím mohou posloužit jako terapeutické vodítko k další spolupráci. *„Jsme prostě pojmenovali to, co se nám děje, mezi námi v tom vztahu a z toho vzniklo, že to je nějaký běžný mechanismus, že dostává podobné zpětné vazby. Že už ostatní taky nemůžou...už rezignují a ona si tím potvrzuje jaký je ten svět bezmocný a že vlastně nic nebude fungovat. Přitom ona si tímhle uvědomila, že ani ona tomu není otevřená, nějakému řešení. Ale na začátku bylo nějaké to pojmenování toho, že já už teď nevím.“* (1; 7, 8)

V případě, že pociťovaná bezmoci souvisí spíše s výkonovým nastavením terapeuta, je podle respondentky účinnou copingovou strategií oddělit své potřeby od potřeb klienta a mít na vědomí, že každý klient potřebuje svůj určitý čas a prostor pro zrání k dosažení určitého řešení a jeho aktuální ustrnutí nemusí vypovídat o terapeutových kompetencích, naopak může znamenat jen přípravu na změnu, mobilizaci sil. *„Je dobré si rozlišit, že on teď potřebuje ten čas a netlačit ho z toho motivu, který mám já, vyléčit ho za každou cenu. Pak si právě uvědomím, co je to moje a co potřebuje spíš on.“* (1; 6). *„Když si to uvědomím, tak můžu zmírnit ty nároky, nechat ten proces tak jako víc plynout a tím mi to může pomoci, ochránit*

mě to před pocity bezmoci a selhání.“ (8; 20). „oddělím své nároky na něj a přizpůsobím se těm jeho. To oddělím, že tohle se netýká pacienta nebo nějakého jeho tématu. Když vím, že tohle je moje, tak vím, jak se mám naladit na něj a pokračovat v jeho tématech.“ (1; 17, 18.). To, jak psychoterapeuti dokáží oddělit, co je záležitostí „jejich“ a co není, neboli co je zapříčiněno samotným Já psychoterapeuta a co se týká primárně klientova problému, je řešeno kvalifikačním předpokladem sebezkušenosti, viz kapitola č. 7.

12.2 Nejistota terapeuta a pocity ohrožení

Nepříjemné pocity vyvolávají v důsledku terapeutovy nejistoty ve své kompetence klienti, kteří útočí na terapeutovu identitu, nabourávají jeho sebevědomí a nějakým způsobem ho svým jednáním potenciálně ohrožují. Z výpovědí respondentů lze konstatovat, že **nejistý terapeut je k podlehnutí averzivním pocitům náchylnější**, než terapeut, který si je svými kompetencemi jistější. Částečně to může být dáno hranicemi, které jsou v důsledku nejistoty variabilnější ve své pevnosti a dále hraje jistou roli nedostatek zkušeností a menší míra sebepoznání. Nejistota se tak objevuje zejména u začínajících psychoterapeutů, kteří mají hranice často nastavené tak, že jsou velmi přijímající, otevření a pro pomoc klientům jsou ochotni ze sebe vydat maximum. Jejich silná emoční angažovanost je činí zranitelnějšími, což v kontextu dané profese může znamenat větší pravděpodobnost negativních prožitků v důsledku nežádoucího útoku na pocit vlastní hodnoty terapeuta.

Původní vysoké zaujetí a nadšení do práce doprovázející výdej neomezeného množství energie, pramenícího z primárního přecenění vlastních sil, je jedním z rizikových faktorů determinující vznik burn-out syndromu. Přílišná emoční angažovanost jedince mnohdy dostává za horizont svých fyzických či psychických možností a v konečném důsledku může vést až k syndromu vyhoření (viz kapitola 7.3). Zvyšující se zatížení terapeuta ho vyčerpává čím dál více, až nakonec dochází ke „ztrátě ideálů“ (Kopřiva, 2013), které stály spolu s vysokým nasazením a očekáváním na počátku profesní dráhy psychoterapeuta.

Kvalitativní data ukazují na významný dosah tématu hranic. Dá se říci, že hranice terapeuta se dotýkají mnoha dalších jevů, jež se vztahují k averzivním pocitům terapeuta. Problematika hranic je všeprostupující téma, v jehož kontextu mohou být v závislosti na několika dalších faktorech přítomny averzivní pocity terapeutů. Nejvíce signifikantním souvisejícím jevem je právě nejistota terapeuta. Pokud terapeut na začátku jasně nevymezí hranice, klienti neví, kam až mohou ve svém jednání zajít, tudíž se snadno může stát, že

nevymezenou, i když přítomnou, hranici terapeuta překročí a tím ho začnou znejišťovat a ohrožovat. Terapeut na toto ohrožení zareaguje averzivními pocity vůči klientovi, jimiž se nevědomě brání. „Na začátku jsem nevymezil jasně tu hranici a úplně logicky, když tam ta hranice není, tak ten člověk, který o ní neví, že tam je, ji překračuje.“ (12; 7). „Je strašně důležité nastavit hranice. Hranice svých možností, přiznat si svoje limity, jasně si definovat co můžu, co nemůžu a kde končí ta práce a začíná můj osobní život.“ (9; 35). **Vymezení hranic a nejistota terapeuta se navzájem podmiňují.** „Je to těmi hranicemi, že já jsem do toho skočil, takovéto pomáhat a velké přijetí...Bezbrehost může paradoxně vyvolávat pocity nejistoty“ (12; 15). Hranice jsou důležité, protože vymezují pravomoci. Hranice mezi terapeutem a klientem je de facto uměle udržovaná asymetrie terapeutického vztahu, pramenící z obsáhlých znalostí a zkušeností terapeuta, z jeho psychologických prostředků, jimiž celý proces řídí. Zároveň sám o sobě nic důvěrného neprozrazuje. To jsou podmínky, které udržují terapeutický vztah na profesionální úrovni. Pokud je jedna ze zmíněných podmínek narušena, terapeut se v procesu „rozpouští“ a stává se méně „mocným“, což zapříčiní jeho pocity nejistoty nad průběhem celého procesu.

Problémy s hranicemi a jejich překračováním ze strany klientů mají zejména terapeuti s kratší dobou praxe a menším množstvím zkušeností. „vnímám, že musím mít ty své hranice velmi pevně stanovené... myslím, že někdy právě jsem moc měkká. Někdy to vnímám jako svou slabinu to, že asi ne vždycky jsou ty moje hranice zcela pevný a ani o chlup se nehnou. To je prostor pro mojí reflexi, že o tom vím, že ty moje hranice v určitých oblastech můžou být trochu zeslabeny.“ (7; 9, 11). Nezkušení terapeuti zpravidla nemají zřetelnou hranici vůči klientům. „Když se setkávám s mladými psychology...jsou to prostě takový nadšený záchranáři a člověk vidí, jak se ženou do nějakýho průšvihů, hlavně s téma hraničářema, ale vím, že je důležité si tímhle vším projít, protože jsem si tím prošla taky. Za ty roky, jsem se naučila ty věci tady nechávat...tolik to neprožívat.“ (2; 30). V důsledku „záchranářství“ jsou tak začínající terapeuti náchylnější k averzivním pocitům způsobených překročením jejich psychických hranic. **Pevnému stanovení hranic podle zjištěných dat tak napomáhá zejména zkušenost,** a to především negativní, která terapeutovi poskytuje informaci o problematickém nastavení hranic, které se díky prožité zkušenosti stává rozpoznanou skutečností. Konflikt mezi zájmy klienta a rizikem „splývání“¹⁴ napomáhá

¹⁴ Podle Kopřivy (2013) je „splývání“ hlavním problémem při pomáhání, kdy terapeut bere záležitosti klienta příliš za své vlastní. Splývání se může projevovat např. sebeobětováním terapeuta ve prospěch klientů, přebíráním klientových potřeb, které jsou s to zabezpečit sami. Takové pomáhání emočně vyčerpává, terapeut se stává obětí.

rozvinutí prvků autonomie. V silovém poli tohoto rozporu mezi „blahem“ klienta a „utrpením“ terapeuta, dochází k uvědomění si svých slabých míst. Dokud terapeut nebude mít pocit, že „uvízl“, nebude mít potřebu se vymezit a jednat v zájmu zachování své autonomie. *„Jedna z mých prvních zkušeností vůbec s klientelou s hraniční poruchou osobnosti, a nějak ve mně zůstává v tom smyslu, že mě to velmi naučilo, co se týče právě hlídání si hranic.“* (7; 23). *„To byla moje úplně první klientka tady...nevědomě jsem cítil, že jsem na ní naštvaný, tak jsem si ji vzal na supervizi...a došli jsme k tomu, že to je vlastně problém hranic pro mě. Já jak to mám nastavený, a ne úplně nejlip, takový jako přijímající, tak ale tím úplně logicky lidi ty hranici překračují, chtějí si ukousnout, co fakt jde, jít co nejblíže a já už jsem se v tom pak necítil příjemně.“* (12; 6, 7). *„Vždycky jsem ty hranice vnímala, nejsem až tak úplně bezhraniční, ale v tomhle nastavení, mi fakt pomohla ta práce s krizí...jsem začínala v krizovém centru a úplně ještě předtím jsem pracovala na lince důvěry, kde je strašně důležité nastavit hranice...tam ta práce mi velmi pomohla.“* (9;35).

Pocity naštvání a vzteku a také ohrožení se objevovaly také u zkušených a sebejistých terapeutů, pokud pracují se skupinou klientů s hraniční poruchou osobnosti, kteří bez ohledu na osobnost terapeuta ve většině z nich vyvolávají nepříjemné pocity. Klienti s hraniční poruchou osobnosti nejsou schopni držet hranice, čili i v případě pevně vymezených hranic ze strany terapeuta, tzv. hraničáři je budou neustále překračovat. *„Pro mě je asi nejnesnesitelnější to, že to je denně.“* (2; 12). V takových případech pokud se to nedá vyřešit v komunikaci s klientem, terapeutům pomáhá oddělit osobu od problému: *„pro mě je podstatný to, že za to nemůžou...na nich vždycky hledám něco pozitivního“.* (2; 13).

V případě prožívání negativních emocí v důsledku nedostatečného vymezení hranic, je řešení hranice pevně vymezit a držet se jich. V tom mohou pomoci hodnoty a morální nastavení terapeuta. Pevnost ve vymezení hranic zahrnuje v první řadě sebevymezení, sebedefinice terapeuta, to jest jasné definování svých možností a omezení, přiznání si svých limitů a být si vědom kde končí práce a začíná terapeutův osobní život (Úlehla, 1999). Sebevymezení terapeuta přispívá k pevnosti hranic a pevné hranice přispívají k menší míře zahlcení averzivních pocitů: *„V rámci těch hranic právě snesu třeba i ty frustrující pocity občas. Skousnete víc, když víte, že je to nějak omezený. Když nejsem bezhraniční, jsem k dispozici náročným klientům, ale od do, takže vím, že to zvládnu.“* (9; 35). Pevné hranice jedince chrání před přílišným zahlcením negativními emocemi klienta a umožňují tak ponechání autonomie, která přispívá ke zdravému a optimálnímu fungování v mezilidských vztazích (Kopřiva, 2013)

Respondenti dávají pocity nejistoty a ohrožení do souvislosti s neuroticitou. Neurotické tendence přiznávají dva respondenti. Jeden z nich přímo hovoří o úzké souvislosti jeho vlastních neurotických tendencí a nízkým sebevědomím. Podle respondenta mají lidé v pomáhajících profesích obecně vyšší hodnotu v testech neuroticity: „*v sobě většinou otevíráme velká složitá témata, způsobuje to, že vlastně nejsme úplně spokojení...jsme prostě holt takový, neurotičtí lehce, ale ono je to v téhle profesi potřeba, abychom se právě starali o druhé. Od nás se neočekává, že bychom šli studovat psychologii kvůli nám samým...na druhou stranu bez toho, to dělat asi úplně taky nelze v naší profesi. Abychom byli schopni pomáhat druhým, tak se musíme zabývat sami sebou.*“ (3; 4). Neuroticismus přiznává další respondentka: „*...to jsou takový neurotici úzkostný, ty mám ráda. Protože jsou jako já, protože mi připomínají mě samou.*“ (11; 21,22).

Pokud ale výsledky nejsou tak uspokojivé a od klientů terapeuti nedostávají pozitivní zpětnou vazbu ani projevy uznání, může to vést ke znejistění terapeuta a následným nepříjemným pocitům. „*Neurotik má pocit, že má nárok na zvláštní pozornost, pochopení a projevování úcty od ostatních.*“ (Horney, 2011, s. 21). Neurotický psychoterapeut má představu, že by měl být dokonalým psychoterapeutem, který by měl být schopen všechno vydržet, měl by mít každého rád, měl by být klidný, nevzrušovat se a být schopný vše vyřešit (Horney, 2011). Požadavky, které na sebe neurotik má, jsou příliš náročné a přísné a často nereálné. Karen Horneyová nazvala tyto nároky na úspěch tzv. tyranií „měl bych“, která je založena na premise, že nic není nemožné. „*Věřím, že z každé šlamastiky se dá nějak vybruslit. Že vlastně i když je na tom člověk opravdu prabídně, tak všechno má řešení a vlastně mě rozčiluje, že to tak někdo nemá, ale to je spíš moje nezralost psychologická.*“ (11; 13). Mnozí klienti však nejsou stejného názoru a v mnoha případech přispívají k nárůstu averze terapeuta. Pochopitelně následuje nevyhnutelné zklamání a pochyby, důsledkem čehož je celkový pocit nejistoty.

Důsledkem snadné zranitelnosti terapeuta je, že někteří nejistí terapeuti odmítají s klienty, které je potenciálně ohrožují, spolupracovat a neberou je do terapie. Z výpovědí respondentů mezi takové klienty, kteří už tak nejistého terapeuta vyvádí z rovnováhy, patří klienti s poruchou osobnosti, zejména emoční nestabilní porucha osobnosti hraničního typu (F60.31) a narcistická porucha osobnosti (F60.8). „*Narcistický pacient mě velmi znejišťuje...útočí na mé sebepojetí a sebevědomí tím jak neustále zpochybňují můj způsob práce a furt říkají, že jim to nepomáhá, nepomáhá, tak na to prostě nemám. Na to ještě*

nemám. A to si myslím, že je praxí...znejistňuje mě to, protože to je kolísavý a já nevidím ten výsledek, takže si říkám, jestli to dělám dobře (11; 4, 5).

Averzivní emoce plynoucí z pocitu ohrožení budou pravděpodobněji zažívat nejistí terapeuti s neurotickými tendencemi, kteří za sebou nemají příliš zkušeností a potřebují ujištění o kvalitě svých schopností a dovedností. Takové terapeuty snadněji znejistí klienti, kteří útočí na pocit hodnoty terapeuta, což jsou často klienti překračující hranice.

12.3 Smysluplnost terapeutické práce a pocit naštvání

U některých respondentů se dále objevilo, že postrádání smyslu terapeutické práce může doprovázet pocit naštvání, který se častěji vyskytuje u klientů, kteří se úmorně brání jakékoliv intervenci. Pocit naštvání a určité bezmoci, kterou doprovází absence smyslu při terapeutické práci obecně, podle zjištěných dat, snadněji vyvolávají klienti s neurotickou poruchou, jež typicky doprovází úzkost, kterou mimo jiné doprovází pocit ohrožení, pochyby, nejistota, zúžené vnímání a myšlení, negativní očekávání a další (Goldmann, 2014), v důsledku čehož terapeuta permanentně zahlcují a zpochybňují jeho intervence.

Podle zjištěných dat v terapeutech vyvolávají hněv, plynoucí z postrádání smyslu, klienti s hypochondrickou poruchou, jejichž trvalé zaujetí somatickými příznaky, vede k přehlížení psychických záležitostí: „*Když s nimi chce člověk pracovat terapeuticky, tak se furt vrací k tomu somatickému, takže já si myslím, že nemá smysl s nimi pracovat.*“ (11; 10). „*Mi vadí to, že přinesou štos papíru a opravdu jim nic není a já mám zkušenost s lidmi, kterým fyzicky opravdu něco je... mi vadí, že vlastně jim nic není. A pořád se dožadují nějaké péče, čímž z mého pohledu všechny obtěžují.*“ (11; 4). Další respondent zmiňuje příklad zahlcující klientky, jehož pocit naštvání plyne z nedostatečného pocitu smysluplnosti práce: „*Vlastně se tím bránila a chránila se tím, že vždycky mluvila o jiných lidech.*“ (3;40). Ať už je to neurotická porucha nebo jiné poruchy, to, co vzbuzuje nepříjemné pocity, jsou **neustálé požadavky na terapeuty a odmítání jejich závěrů** (čímž je zpochybňují a mnohé terapeuty tím i znejistňují) a dožadování se další a další péče, kterou pravděpodobně opět zpochybní.

V takových případech hraje určitou roli **terapeutova míra frustrační tolerance a jistá dávka trpělivosti**. Ze zjištěných dat, tento typ klientů pravděpodobněji vyvolává nepříjemné pocity u terapeutů, kteří ve svém osobnostním vybavení postrádají jistou dávku trpělivosti. „*Nemám na to trpělivost, to je asi celý. A to je moje nastavení, já nejsem úplně*

trpělivá, takže já jsem prostě hyperaktivní, já chci všechno hned.“ (11; 10). *„Lidi z úzkostí mají tendenci opakovaně se ujišťovat. Hledají takovou jistotu a neustále se doptávají... já podle kondice někdy vydržím míň, někdy víc těchto otázek. Když mám nějakého úzkostného klienta, může se objevit jistá netrpělivost a naštvaní.*“ (8; 14).

Pokládám za zajímavé výskyt shody mezi dvěma respondenty, jejichž nepříjemné pocity souvisí jednak se smysluplností práce a zároveň se oba popisují jako „lehce neurotičtí“, z čímž souvisí pocity nejistoty a ohrožení, o čemž byla řeč v předešlé podkapitole. Zde se dá spekulovat, zda se pocity naštvaní z nedostatku smysluplnosti práce nevyskytují v kontextu neurotických tendencí u psychoterapeutů? Je to skutečně souvislost nebo se jedná o náhodnou shodu? Tendence k neuroticismu a potřebu smysluplnosti terapeutické práce zmínili jen tyto dva jedinci, čímž shodu nemohu pokládat za relevantní zjištění. Přesto to jistý kontext mít může. Neurotické tendence se promítají do motivace k psychoterapeutickému povolání: *„Jsem si říkala, že půjdu dělat něco užitečného. Tak jsem šla studovat psychologii.*“ (11; 2). Terapeuti vykazující neurotické tendence požadují vidět „užitečnost“ tedy smysluplnost své práce, která jim zároveň nasytí jejich potřebu zvláštního druhu dokonalosti (Horney, 2011). Pokud však nevidí šanci na úspěch a postrádají smysl, jejich očekávání a nároky nemohou být naplněny, je pro ně těžké tyto potíže překonat a udržet si motivaci. *„když vidím, že to k ničemu ani nevede, tudíž tam není jakoby pro mě ten smysl, tudíž se vytrácí vnitřní motivace, tak to je potom těžké no. Pro mě to asi musí mít smysl, nebo potřebuju vidět, cítit, že to může mít smysl pro toho klienta. Že to zkrátka k něčemu je.*“ (3; 40). Lze tudíž předpokládat, že averzivní pocity v situacích, kdy terapeutická práce postrádá v očích psychoterapeuta smysl, bude pravděpodobněji zažívat psychoterapeut s neurotickými tendencí.

Doprovázející negativní emoce plynoucí z nedostatku smysluplnosti práce, umožňuje zmírnit projevení zájmu o porozumění potížím a jejich zdrojům. *„Ten smysl tam ovšem najít lze a jde jen o to si uvědomit, že pro mě nemusí být úplně uspokojující, ale stačí si uvědomit, že uspokojující je pro toho klienta.*“ (3; 42). Otázka smyslu vlastní práce je podle Kopřivy (2013) vždy vpletena do syndromu vyhoření. Zážitek smysluplnosti práce slábne, když se nedaří, s čímž vzrůstají pochybnosti. Terapeuti, kteří se dlouhodobě potýkají se ztrátou smysluplnosti práce samé, stojí na cestě, která vede k syndromu vyhoření.

12.4 Uplatňování moci

Výpovědi respondentů naznačují, že je velmi často doprovází nepříjemné pocity v okamžicích nutnosti rozhodovat o klientech. „*Když je vyložene potřeba uplatnit moc a direktivitu, tak v tom se necítím moc dobře, to mi není příjemné...*“ (7; 6). „*Nedělá mi dobře možná ta zodpovědnost, že jsem tam pod tím podepsaná, že já jsem jako vyřkla osud nad tím dítětem...cítím pocit zodpovědnost a nějaké moci.*“ (7; 7). Aby se terapeut těmto nepříjemným pocitům vyhnul, vrací kompetence do rukou klienta: „*...se snažím, těm klientům tu zodpovědnost nějak vrátit i v tom terapeutickém procesu, vracet jim zpátky ty kompetence, který oni odmítají, tak jim je prostě vrátit a nebrat je za sebe a nerozhodovat něco za ně.*“ (7; 29). K tomu, aby si terapeuti nenechali vnutit nebo podsunout pravomoci, jež patří do kompetence klientů, a též aby dovedli uhájit svou autonomii vůči nátlaku z jejich strany, je potřeba mít pevně stanovené hranice a vymezit je i ve vztahu s klientem a to je u psychoterapeutů, kteří zažívají nepříjemné pocity v situacích, kdy je třeba uplatnit moc, často obtížné „*Tohle bylo pro mě takové nepříjemné, že jsem musela velmi pevně stanovit hranice.*“ (7; 9).

Své hranice si drží přesvědčením „*že by každý klient měl být zodpovědný za sebe, i když je nějak limitovaný třeba symptomy té nemoci*“ (7; 29). Pokud klient odmítá tuto odpovědnost za svůj život a za své problémy převzít a místo toho ji vyžaduje od terapeuta, na kterého naléhá a „*vhání*“ ho do mocenského postavení, ve kterém mu není dobře, cítí nepříjemné pocity. Nepříjemné pocity z uplatňování moci se snižují, pokud si terapeut uvědomí, že někdy klient opravdu neví, co potřebuje a co je pro něj nejlepší. V určitých situacích je ve prospěch klienta nad ním převzít moc a uplatnit svou direktivitu. „*Zlom nastal, když jsem si uvědomila, že by jí to prostě k ničemu nebylo...Kdybychom tomu jejímu přání vyhověli, tak by jí to naopak znekompetentnilo.*“ (7; 9, 10). Tím, že terapeuti necítí povinnost mít odpověď na všechno a mít zodpovědnost za všechno se snižují trýznivé pocity sebekritiky a selhání (Kopřiva, 2013).

I v případě pokud terapeuti nevidí sami sebe jako „*spasitele*“ nebo „*zachránce*“ se u nich mohou objevovat pocity bezmoci: „*Tím, že tu moc nechci používat, tak já si vždycky říkám, to je jejich volba, žít takovýhle život...A protože já tu moc nechci používat, tak se velmi často cítím bezmocná.*“ (5; 30, 31). Psychoterapie patří mezi tři zmíněná povolání (psychoterapeut, učitel, vladař), v nichž se projevuje moc nad lidmi (Cifali, 1999). V jádru terapeutického povolání leží moc a možnost jejího zneužití. Ve chvíli, kdy druhá osoba této moci nepodléhá, vyvolá to ve vykonavateli pocit bezmoci. Bezmoc ve snaze způsobit

změnu v životě nebo přáních klienta, terapeuti zřejmě zažívají při mnoha konzultacích. Pocity selhání a zklamání, které následně prožívají, mohou vyplývat nikoli z klientovy situace a krize jako takové, nýbrž z obtížné a náročné situace, ve které se nachází terapeut a ve které musí snášet svou bezmoc. Klienti občas potřebují jen vyslechnout, povzbudit, vyplakat se a chvíli „stát na místě“. Nepříjemné pocity jsou přirozeným výsledkem toho, jak těžké je pro terapeuta tuto bezmoc snášet. Pocit vlastní bezmoci je, podle Úlehly (1999), to nejtěžší, co musí terapeut zvládnout a co běžný laický pomocník nezvládá. Pocity bezmoci k psychoterapeutickému povolání patří a psychoterapeut, jakožto odborník, by se měl zažívající bezmoc naučit zvládat.

Terapeuti pocit bezmoci mohou zvládat prostřednictvím eliminace svých mocenských nároků: „*Tady vždycky pomůže, když minimalizuji své cíle nebo ambice a tu zodpovědnost vrátím těm klientům. Z mé strany mají určitý prostor, nabídku, ale prostě jak to dopadne je hodně na nich.*“ (7; 33). Tato „rezignace“ na uplatňování své moci, však nemusí vést k očekávaným výsledkům. Terapeut může cítit, že jeho moc je neúčinná a začne se bránit narcistnímu poškození, jež mu způsobil klient, který terapeutovu pomoc, tedy i moc, odmítá. Psychoterapeut na základě svých prostředků a technik, kterými je s to mírnit utrpení, disponuje v pozitivním i negativním smyslu skutečně velkou mocí (Guggenbühl-Craig, 2007). Pokud klient pomoc odmítá přijmout, terapeut to může vnímat jako odmítání uznání jeho moci, jako odmítání jeho samotného, což vede k pocitům bezmoci a zklamání z odmítnutí. Nastávají tak situace, kdy terapeuta pohltnou negativní emoce.

Nabízí se otázka, proč je terapeutům zaujetí direktivnějšího postoje tak nepříjemné? Jde o osobnostní nastavení, nejistotu nebo se to nějak dotýká jejich „slepého místa“? Bojí se, že to v nich probudí stinné stránky jich samých? Několik z respondentů tvrdí, že „*to je hodně o osobnosti terapeuta.*“ (3; 33). „*Já sama sebe vnímám jako velmi silnou osobnost a jsem zvyklá v životě získat, co chci. A tak nemám potřebu svoji moc uplatňovat v rámci psychoterapeutického vztahu. Moje krédo je, že klient je svobodný.*“ (5; 25). Přiznat si právo nemít radu, jak si má klient počínat ve svém emočním problému, nemusí být jednoduché. Lidé totiž vedení většinou očekávají a vyžadují (Kopřiva, 2013). Na takovýto nedirektivní postup je třeba mít čas a sílu. „*Já myslím, že nejtěžší pro psychologa je, dát klientovi tu svobodu toho rozhodnutí a respektovat to. Ale zároveň mu to umět jakoby naznačit, nebo říct.*“ (5; 14). Obtížnost takové situace může spočívat v tom, že terapeut se vlastně stále, jako kdokoli jiný, pokouší prosadit svou moc. Podle Cifali (1999) jsme stále doprovázeni

bojem o své místo na výsluní, stále se pokoušíme prosadit svou moc. Pokud musíme akceptovat svou roli pouhého „pěšáka“ ve hře, máme s tím problémy.

Nepříjemné pocity v situacích, které si žádají projev moci, mohou vyplývat z potenciálního ohrožení terapeutovi pozice, které z takové situace může plynout. Když už je skutečně třeba uplatnit moc, může to být pro terapeuta indicií toho, že je něco v nepořádku a spolu s těmito obavami se objevují nepříjemné pocity. Klient, který se cítí bezmocný, se může snažit svou moc navýšit různými výhrůzkami a stížnostmi. Tím jakoby terapeutovi znemožňoval efektivního využití vlivu a zbavoval ho moci. Terapeut se záhy dostává do pocitu bezmoci, na kterém se může podílet nesnadná dokazatelnost léčebných postupů a terapeutického procesu. Psychologie, jakožto neuchopitelná věda se jen s obtížemi může opřít o přímé důkazy. Výsledky psychoterapeutického povolání jsou těžko měřitelné a tak bylo-li by třeba obhájit svou pozici a dokázat „správnost“ postupu, může se terapeut ocitnout v nesnázích. To může být jedním z důvodů, proč se terapeuti vyhýbají uplatňování moci, zvláště ve vztahu s klienty, kteří to po nich vyžadují, např. manipulativní klienti, jež mohou vyhrožovat všelijakými stížnostmi. Terapeut se tak snaží již v počátcích takovému konfliktu předejít. V jeho vědomí se vyskytují obavy spojené s možnými důsledky tohoto sporu.

Nepříjemné pocity v situacích, kdy je třeba uplatnit moc, zažívá další z respondentů, který současně referuje vědomí významnosti takových situací a přiznává určitou satisfakci z role autority: „*i když to v tu chvíli není nijak příjemné, tak já si uvědomuji, že to je vlastně docela cenná situace, která mi poskytuje určitý materiál, zkušenost a něco na čem rostu, vlastně. Takže vlastně jsem za to i trochu nepatříčně rád.*“ (3; 32). Vytyčení hranic a uplatnění moci mu sice není příjemné, ale „*v tu chvíli si přijdu jako člověk, který dělá něco důležitého.*“ (3; 32). Jedním z jeho stinných motivů k povolání psychoterapeuta nepřímo uvádí své pocity méněcennosti. Ve vztahu s klienty se cítí významnější: „*Já netrpím žádným přehnaným sebevědomím...když přicházíte do kontaktu s lidmi, kteří vás vnímají jako určitou autoritu, tak to přináší to uspokojení z té práce a vlastně i sám ze sebe, takže v tomhle je to určitě příjemné, to zvýšené sebevědomí, což bych mohl použít jako jeden z motivů studia psychologie.*“ (3;8). „*Díky tomu, že nejsem přehnaně sebevědomý, tak občas tam je zkrátka taková automatická tendence být sebevědomější a využívat k tomu takové ty situace, které mi nějakou tu převahu poskytují.*“ (3; 33).

V asymetrii vztahu a pozice terapeuta jako mocného lékaře číhá nebezpečí využití mocenského postavení pro své vlastní narcistní účely. Terapeut má velkou moc a navíc je v určitém bezpečném prostoru, podobně jako kněz ve zpovědnici, který ani není vidět a

zachovává si tak anonymitu, která mu poskytuje bezpečí a ochranu. Na základě svého mocenského postavení může terapeut prakticky cokoliv. Moc založená na vědeckých znalostech doprovází i moc psychologická, pramenící např. z jeho funkčního stavu, který je zpravidla příznivější než klientův. Se vzrůstajícími potížemi a pocitem ne-moci, opouští klienta i jeho svoboda a nezávislost (Guggenbühl-Craig, 2007). Klienti, trýznění svou nemocí, terapeutovi často slepě důvěřují a tím jeho vliv umocňují a narcismus podporují. Tohoto postavení mohou mnozí takto asymetricky postavené osoby využívat. Zajímavým projevem zneužití mocenského postavení je fenomén sexuálního a jiného zneužívání. V takovém případě se osoby disponující mocí založenou na vědeckých znalostech, nechávají pohltit pocitem psychologické moci, kterou mohou využívat ke kompenzaci jinak přítomných pocitů méněcennosti.

V respondentově ochotě pomáhat se s jistou mírou pravděpodobnosti může skrývat pocit méněcennosti či nejisté sebeúcty, kterou se snaží v kontaktu s klienty překonat. V tomto případě je tendence ke kompenzaci slabých stránek a vědomí stinných stránek impulzů pomáhat vědomá. Na základě toho nemusí docházet k reálnému zneužívání moci. Se svým neurotickým motivem může pracovat: „*Občas si zkrátka musím dávat výchovné pohlavky...Je důležité být neustále ve střehu a nenechat se příliš oblbnout tou rolí. Ale je to těžké, protože někteří klienti to ve vás živí hodně, že vám dávají krásnou pozitivní zpětnou vazbu.*“ (3; 32). K budování stabilní motivace pomůže duševní hygiena, prostřednictvím ní a určitých zkušeností může být respondentův neurotický motiv převýšen zralejším motivem altruismu. „*Jde o to být nejen lepší osobnostně, růst, vyvíjet se, snažit se pracovat ne na těch lidech, ale hlavně na sobě a nepodléhat té falešné iluzi, že jsme něco víc...Myslím si, že jde o tu pokoru. Nejen vůči klientům, ale vůči všem lidem a i vůči sobě.*“ (3;33).

12.5 Morální rozpor

Z výpovědí respondentů vyplývá, že k negativnímu protipřenosovým emocím mohou vést **odlišné životní postoje a hodnoty**, které terapeutovi stěžují vytvoření a udržení pracovního spojení. „*Má takové životní názory, se kterými se vůbec neztotožňuju...pro mě je to někdy těžký, protože to má všechno úplně jinak než já.*“ (9;12). Terapeut v takovém případě nedokáže klienta respektovat a přijímat takového, jaký je. Což mu brání v plné angažovanosti a vytvoření bezpečného prostředí založeném na akceptaci a respektu. Podle Kopřivy (2013) má každý člověk nevědomý požadavek, aby druzí viděli svět stejně jako on

a tím se utvrdil ve své pravdě. Pokud tomu tak není, a člověk, s nímž terapeut pracuje, vyznává zcela jiné hodnoty, zpochybňuje tím jeho vlastní hodnotící svět, čímž ho svým způsobem neuznává. To se může terapeuta silně citově dotýkat a dostávat ho do obrany, která může být spojena s averzivními pocity.

Psychoterapeuti často pracují s lidmi, jejichž názory a činy nedokážou akceptovat a v důsledku toho se v jejich přítomnosti necítí komfortně. Zásadním důvodem je podle Úlehly (1999) kolize přání klienta s profesionálním a lidským svědomím terapeuta. „*Pacienti, kteří jsou pedofilní anebo znásilňovali někoho, to jsou možná těžká témata pro mě ještě na práci...asi bych vnímala, že ten čin toho člověka je odsouzeníhodný a nevím, jestli bych ho sama úplně nesoudila.*“ (1; 24) V situaci případné terapeutické práce dané respondentky s těmito typy klientů, by bylo téměř jistě přítomno terapeutovo očekávání, které by celý proces zkreslovalo. V analytické terminologii by se dalo říci, že terapeut má protipřenos dříve, než začne přenos. „*Člověk si uvědomí, že to jsou lidé, kteří vlastně téhle té společnosti nic nedali. Jenom, dá se říci, berou, čerpají.*“ (10; 18).

V takovém případě, kdy terapeut cítí nějaké nesympatie ke klientovi a tuší, že to je v kontextu jeho předsudků a předpojatostí podle výpovědi respondentů pomáhá daného člověka poznat: „*Já s tím člověkem mluvím a snažím se ho poznat.*“ (2; 19). Společnou komunikací a poznáním individuality konkrétního člověka se řada očekávání mohou ukázat jako mylná a terapeut tak nadále nemusí zažívat silné protipřenosové reakce. Každý člověk, se kterým terapeut pracuje, se potkal s určitými životními situacemi a terapeut nemůže vědět, co pro něj znamenají a jaké reakce v něm vzbuzují. Na základě porozumění může terapeut zachytit některý z významů jeho postojů a chování. Kopřiva (2013) píše, že pro dorozumění je třeba vzít v úvahu obraz druhého, jeho vnitřní svět a pochopit ho zevnitř, jako součást světa druhého. Kopřiva upozorňuje na to, že to vůbec neznamená ztotožnění se s tímto obrazem. Nehledě na tuto skutečnost to i tak znamená veliké přiblížení se obrazu, který je pro terapeuta nepřipustný, což může mít za následek ohrožení terapeuta vlastního obrazu. Tito klienti jsou tak pro terapeuta nároční ve smyslu vlastního ohrožení.

Zmíněná „problematická“ klientela v terapeutovi navozuje silné všudypřítomné téma (ne)přijetí klienta, kde se mísí motiv profesionality a nezávislosti s individuálními tématy, jakými mohou být např. morální zásady nebo pocit ohrožení. Toto dilema může práci terapeuta významně narušovat. Pokud formy klientova jednání vyvolávají v terapeutovi mravní odsudek nebo pocit ohrožení, většinou je svými pocity zaměstnán na tolik, že se od klienta spíše vzdaluje a tím mu nedokáže poskytnout vztahovou oporu. Překonávání odporu

nebo pocitu ohrožení terapeuta totiž stojí mnoho energie, která pak může scházet na řešení konkrétního tématu klienta. V důsledku toho se terapeut může dostat do výčitek, že svou práci nedělá dobře či soustředěně nebo dokonce může cítit vinu z postrádání svého pocitu nadšení z vykonávání práce. Jakkoliv je ideál o akceptaci klienta, ať už je to kdokoliv a dopustil se jakýchkoliv nemorálních činů, neuskutečnitelný, terapeuti se při setkání s takovým klientem mohou dostat do výčitek a zklamání ze sebe a z toho, že nedokáží dostát své profesionalitě.

Z výpovědí vyplývá, že morální rozpor s hodnotami, postoji a činy klientů často vede k pocitům naštvanosti nebo k vyhýbání se takovým typům lidí, které mohou být reakcí na vlastní pocit ohrožení nebo zklamání z podlehnutí svým osobním předpojatostem a nedostání své profesionální role.

12.6 Averzivní pocity v důsledku „slepé skvrny“ terapeuta

Jak bylo popsáno v teoretické části této práce, součástí Já každého z nás je stín. Respondenti pro tuto temnou stránku lidské osobnosti používají také označení „slepá skvrna“, nebo „bílé místo“. Oblast tzv. „slepé skvrny“ našeho vnímání obsahuje nám přímo nedostupné, ale velmi významné informace (Kalina, 2008). Pokud se klient a jeho téma dotýká terapeutova bílého místa a během konzultace se zabíhá do věcí, které by terapeut raději nechal stranou, vyplouvají na povrch vlastní problémy terapeuta, problémy s nepříjatými částmi jeho osobnosti, které se mohou projevovat zažívanými averzivními pocity na straně terapeuta i klienta.

Respondenti výzkumného vzorku si jsou vědomi, že za jejich averzivními pocity mohou stát jejich slepá místa, kterých se někteří klienti mohou nějakým způsobem dotýkat. „*Já vím, že někde mám slepou skvrnu.*“ (12; 16). „*Jasně, že to bude nějaký komplex z dětství, to víme všichni, že si neseme z dětství komplexy, a nějaká jádrová schémata, která nejsou úplně pozitivní, takže asi tam to naráží. Vlastně mám pocit, že tu práci dělám dobře, že se člověk nějak vyhrabe z toho dětství, kdy je zakomplexovaný, že má pocit, že je hloupý a pak vlastně děláme nějakou práci a přijde někdo, kdo vám do toho zase šťourá, takže to může být asi ono.*“ (11; 9). Jeden z respondentů se např. potýká s problematikou hranic, která pravděpodobně naznačuje primárně na jiný skrytý problém, který může mít na svědomí právě slepá skvrna: „*Bývám překvapený, odkud odevšud to vždycky na mě vyskočí tohle téma, ale snažím se s tím pracovat. Protože je to nějaká má slepá skvrna, o které ale už teď*

vím...Každý jsme nějaký, každý jsme si prožili a prožíváme nějaký život, takže nějaká ta zranění se nadržávají. Takže pak je důležitý, co s tím.“ (12; 18). Terapeut, jakožto i každý člověk v sobě nese četná bolestivá místa, která jsou pozůstatky po nezhojených citových úrazech utrpěných především v dětství (Kopřiva, 2013). Některé citové úrazy se nezhojí a zůstávají pod prahem terapeutova uvědomování. Pak se může stávat, že někteří klienti budou terapeutovi tuto starou, jak píše Kopřiva (2013) „opouzdřenou“ ránu připomínat a terapeuta pohltnout emoce, jimž po celou dobu uniká. Primární důvod nepříjemnosti sociálního kontaktu tedy mohou být stinné aspekty terapeutovy osobnosti.

Vědomí svých stinných stránek osobnosti a konstruktivní zacházení s nimi ilustruje jedna z respondentů, která si je vědoma toho, že její vlastní osobnostní prediktory vzbuzují negativní postoje ke klientům, kteří v ní probouzí ty stránky její osobnosti, ke kterým se nechce příliš hlásit. Daným problematickým aspektem je, podle respondentky, agrese: *„já sama jsem velmi agresivní a vím, že agrese není cesta v komunikaci. A na agresora já můžu reagovat pouze agresí, abych ho zastavila. Ale protože mi zkušenost říká, že to není funkční, tak s nima být nechci.*“ (5; 18). Klienti, kteří se příliš dotýkají stinných stránek uvedené respondentky, jsou „...obvykle čistý agresori s mocí.“ (5; 12). Agresi v respondentce probouzí také klienti s manipulativními tendencemi: *„osoby, které se mnou snaží manipulovat. A velmi často to jsou hysterické holčičky, sebepoškozující se děti, promiskuitní matky a agresori obecně.*“ (5; 7). Tito klienti svým chováním probouzí v respondentce její vlastní agresivitu a tím v ní vyvolávají nepříjemné pocity, se kterými musí bojovat. Zda se terapeut nechá vtáhnout do mocenského boje s klientem či nikoli, záleží na míře pevnosti jejích hranic. Aby si terapeut udržel svůj nezaujatý postoj, a nedovolil klientovi, aby v něm probudil nepříjemné pocity, jež by ho zahltily, je třeba mít velmi pevně stanovené hranice.

Udržet hranici při jednání s klienty, kteří se dotýkají slepé skvrny terapeuta, je však velmi obtížné. Jedním z možných způsobů řešení, které si terapeut vědomý svých stinných stránek volí, je vyhnout se kontaktu, který tyto stránky terapeuta probouzí. V důsledku toho, může terapeut s daným typem klientů odmítat navodit spolupráci. *„Nechci pracovat s někým, kdo mě nutí porušovat moje hranice, a já vím, že neustoupím, tak prostě do toho nejdu.*“ (5; 18). Terapeut tím jednak brání sám sebe v rámci zachování přijatelného sebeobrazu, a také chrání klienta, kterému by terapeut, který by se v důsledku propadnutí svému stínu potýkal s odporem, příliš nepomohl. Jeho objektivita by byla narušena osobními konflikty, které by mohly být projikovány do klienta a působit tak v terapeutickém vztahu nesnáze. Jedním z možných projevů stínu je tedy neschopnost snést kontakt s určitým typem člověka.

Objevující se rušivé příznaky ve formě averzivních pocitů mohou krom strádání znamenat též příležitost k přijetí, prožití a pojmenování terapeutova bolestného místa. Proto je důležité pracovat nejen s pocity klientů, ale také s pocity svými. Podle výpovědi respondentky je základem nebýt emocemi přehlcený, to znamená „*mít čas na to zpracovat ty emoce.*“ (5; 11). „*Já potřebuju ty emoce zpracovat po tý terapeutický hodině...nejvíc mi funguje, že to pojmenovávám.*“ (5; 10, 11). Tím, že má své negativní emoce zpracované, může s nimi konstruktivně zacházet a mít je pod kontrolou tak, aby nenarušovaly kontakt s klientem. V případě agresivních tendencí se jedná o součást jejího já, které bude chování a prožívání respondentky ve většině situací ovlivňovat, proto je základ sebepoznání a mít své stinné stránky neustále v podvědomí. Uvědomování si svého citlivého místa, které stojí v pozadí terapeutových potíží a averzivních pocitů, se nakonec podle Kopřivy (2013) stane léčebným prostředkem, který terapeutovi pomáhá dostat se z nich ven.

Další respondentka hovoří o klientovi s hraniční poruchou osobnosti, který má navíc problémy s ženami a který se určitým způsobem dotýká stinných aspektů její osobnosti... „*...vždycky v tom je trochu ještě něco víc, něco osobního na co on to zahraje, na tu strunku*“ (2; 12,17). „*Nemám ráda, když musím být já nepříjemná, když musím zpřísnit, to je mi nepříjemný.*“ (2; 24). I zkušený terapeut, který si dává na svůj protipřenos pozor, v důsledku dlouhodobé spolupráce nedokáže své pocity mít dokonale pod kontrolou. „*Hlavně je tu ta dlouhodobá spolupráce. Ono by se to asi moc neukázalo, kdybychom se setkávali jednou za nějakou delší dobu...ale vzhledem k tomu, že se vidíme každý den, tak on už taky ztrácí ty zábrany v tom projevoval tu nesympatii.*“ (2; 12,17). V tomto případě je třeba zamyslet se, jak velkou roli v prožívaných pocitech hraje patologie klienta. Hraniční porucha osobnosti je pro mnoho terapeutů náročná. Domnívám se, že případ averzivních pocitů terapeutky vůči klientovi pravděpodobně může ilustrovat vzájemnou propojenost stínů terapeuta i klienta, jež se navzájem stimulují a podporují (Guggenbuhl-Craig. 2007).

V případě, kdy terapeut ještě nepřišel na důvod svých nejistot a rušivých negativních emocí ve vztahu, může na nevědomé úrovni způsobovat ve vztahu s klientem velké problémy. Příklad vlivu vytěsněných nebo nerozpoznaných stinných aspektů terapeutovy osobnosti na terapeutický proces nabízí výpověď respondenta, který v důsledku působení a nevědomého archetypálního stínu nedokázal pomoci své klientce. „*tenkrát jsem to vlastně nezvládl, že jsem dělal jakoby nic, že jsem to ignoroval a přenášel jsem to na jiné témata...ona odešla...skrze nějaký svůj blok, nebo nějaké slepé místo nebo nejistotu toho, co vlastně s tím a skrze nepříjemné pocity vlastně tu pomoc u mě nenašla.*“ (12; 17). Daný respondent se stal obětí

svých nekontrolovatelných afektů, které vykazují příčinu sníženého přizpůsobení, totiž určitou méněcennost a přítomnost nižší úrovně osobnosti (Jung, 2003). V terapeutickém vztahu mohou probíhat silné pocity protipřenosu související s blízkou osobou terapeuta. Tento případ však nikdo z respondentů přímo neuvedl. Domnívám se, že je to částečně způsobeno charakterem tématu, jež je pro mnoho terapeutů velmi intimní a částečně obtížnou zachytitelností těchto jevů samotným terapeutem.

K uvědomění si svých stinných stránek je důležitá sebereflexe a ostražitost vůči vlastním pocitům. „*Paradoxně vlastně zbystřím, když jsem si nějaký moc jistý...když nabydu takové jistoty, že je to jako chleba s máslem, tak si říkám bacha, něco se děje, není to slepá skvrna? Není to něco protipřenosového?*“ (12; 26). „*Je potřeba si říct, ale to není o tom klientovi, to je o mě jako o tom terapeutovi.*“ (7; 11). „*Důležité je si to říct, že to je něco osobního...Si řeknu, jo, tak tady to je nějaká má slepá skvrna a potřebuju s tím pracovat. Ted' to nevyřeším, ale vím, že se mi to třeba zopakovalo znovu, tak je to mé téma určitě a je třeba ho rozebrat, vzít si to na supervizi...nebo právě na ten výcvik.*“ (12; 20, 21). Přicházení na stopu svému stínu, rozpoznat a uvědomit si své temné charakterové rysy, které stín tvoří je náročné avšak pro terapeuta nevyhnutelné. „*Práce s protipřenosem pro mě občas bývá náročná ohledně pochyb a nejistoty. Mám takový rozpor v tom, jestli i přes tu slepou skvrnu, o které vlastně vím, nějak s ní pracuju, ale jestli jsem dostatečně jakoby díky tomu erudovaný tomu člověku pomoci, nebo ne, jestli by bylo lepší ho odkázat na někoho.*“ (12; 26). Téma slepých skvrn terapeuti nejčastěji zpracovávají skrze sebereflexi na supervizi nebo sebezkušenostním výcviku: „*Já si to docela řeším na tom výcviku.*“ (12; 18). Další cestou, jak se vypořádat se svými stinnými stránkami je forma individuální psychoterapie: „*rád bych šel na nějakou dobu do individuálu.*“ (12; 18).

Uvědomění si svých skrytých tendencí a stinných stránek osobnosti je dlouhá cesta, která nevede jinou cestou než skrze sebepoznání. Ve chvíli, kdy se naučíme znát lépe sami sebe, zmenšíme oblast pomyslné slepé skvrny a budeme se rozhodovat vědoměji. Právě lidé v našem okolí nám mohou být významným zdrojem typu informací, které jsou v oblasti „slepé skvrny“ našeho vnímání a pokud je dostáváme a přijímáme, naše „slepá skvrna“ se zmenšuje (Kalina, 2008). Příležitost k získání tohoto typu informací a dozvědět se tak o své „slepé skvrně“ co nejvíce, nám nabízí sebezkušenostní výcviky a supervize, které nám pomáhají přidat pomyslný dílek do skládačky a uvědomit si, na základě jakých informací se náš mozek vlastně rozhoduje. Uvědomění, že nepříjemné prožitky terapeuta, které v něm

někteří klienti vyvolávají, mohou být jitřeny terapeutovými vlastními bolestivými místy, mu může pomoci nezlobit se na klienta a otevřít svou zvědavost vůči svému vlastnímu nitru.

12.7 Shody a rozdíly mezi terapeuty s kratší a delší dobou praxe

Mnoho odlišností mezi terapeuty s kratší dobou praxe a zkušenějšími terapeuty bylo jmenováno již v předchozím oddílu práce. Tato kapitola tak slouží pro shrnutí předešlých nálezů. Mimo to nám poskytuje odpověď na otázku, čemu se terapeuti v oblasti averzivních pocitů nejvíce učí praxí?

Není nijak překvapivým zjištěním, že u začínajících psychoterapeutů hraje velkou roli **nejistota**, která se s **postupem zkušeností snižuje**: „*Jsem si jistější. Pamatuji si prvního klienta, že jsem byla opravdu hodně nejistá. Ted' místo toho, než bych nad tím přemýšlela, co bych ted' měla správně říct, tak jedu spontánně. Méně mluvím. Dřív jsem měla potřebu víc mluvit, abych asi zakryla tu svou nejistotu.*“ (11; 17). Nejistotu začínajících terapeutů potvrzuje i výpověď nejstarší respondentky: „*Když jsem byla mladá, zvlášť třeba když to byli pacienti, kteří byli starší než já, tak jsem někdy byla nejistá, do jaké míry jsem akceptovaná jako odborník.*“ (10; 7). Nejistota ve vztahu se starším klientem lze vysvětlit nejen nejistotou začínajícího terapeuta, ale také přenosem ze strany klienta: „*...oni sami byli nejistí, jak mají se mnou zacházet.*“ (10; 8).

Podle dat jsou terapeuti s kratší dobou praxe také více netrpěliví. „*Jsem měl tendenci ze začátku být hodně netrpělivý. Že jsem měl pocit, že něco vidím a ted' vím jako úplně jasně, co by pomohlo a s časem jsem i díky supervizím a intervizím přišel na to, že každý má svůj čas. Aby se odehrála nějaká změna, tak je potřeba určitý čas a ten čas neurčuju já, ale klient.*“ (12; 13). V otázce netrpělivosti hraje roli také osobnostní nastavení terapeuta: „*Já nejsem úplně trpělivá, takže já jsem prostě hyperaktivní, já chci všechno hned.*“ (11; 10). Je potřeba sebereflexe a neustálá práce na sobě. Daná respondentka navzdory svému osobnostnímu nastavení pociťuje za sedm let praxe pokrok: „*jsem víc trpělivá...nechávám to víc na těch pacientech, co chtějí sdělit a co chtějí řešit.*“ (11; 17). Respondenti ve výpovědích uvádějí, že jsou s postupem času klidnější. „*Víc jsem v klidu...si nechávám víc času to v sobě nechat doznít a právě se snažím pátrat po vlastní intuici.*“ (7; 26). „*Ve spoustě věcí už jsem klidnější, že spoustu věcí tak neprožívám...nějakým způsobem se nad to dokážu povznést.*“ (2; 30).

Z výpovědí respondentů se tak dá usuzovat, že se snižováním pocitů nejistoty pravděpodobně **vzrůstá i míra trpělivosti** během psychotherapeutického procesu. Data neposkytují přesnou odpověď na to, čím je tato tendence způsobena. Možných vysvětlení je několik. Může to být zapříčiněno přirozeným zráním terapeuta, jeho osobnosti a jeho identity s rolí psychoterapeuta, který si je v důsledku svých zkušeností jistější. Je si vědom svých kompetencí a dovedností zvládat potenciální stresové situace, což mu umožňuje prostor pro trpělivé jednání. Dále to může být způsobeno zkušeností a poznáním nepředvídatelnosti stavu klienta a relativizací „správnosti“ průběhu psychotherapeutické léčby. Vývoj poznání toho, že jako terapeut vlastně nikdy nemám jistotu, co klientovi momentálně pomáhá a co ne. I když se klient zrovna může jevit jako nereagující na léčbu, nikdy nevíme, co se mu rodí v hlavě, zda se jen nepřipravuje na změnu a pokrok nenastane každou chvíli. Tento vývoj poznání může způsobovat větší míru klidu, terapeut je trpělivý, klienta do ničeho přehnaně netlačí, jednoduše mu poskytne čas a prostor, což může být právě to, co daný klient potřebuje. Dále může být větší dávka trpělivost způsobena minimalizací terapeutických ambicí, kterými již terapeut není v léčebném procesu hnán za určitým výsledkem a může se věnovat situaci „tady a teď“, bez přítomnosti přehnaných iluzí o své všemocnosti a úspěšném vyléčení všech klientů.

Jistota, kterou psychoterapeut získá nabitými zkušenostmi, se také odrazí v **pevnějším vytyčení hranic**, které pomáhají hájit terapeutovu autonomii. Tím je pro klienty složitější dostat se terapeutovi k jeho slabému místu a útoky na jeho ego ho znejistit. Začínající terapeuti mají častěji než terapeuti s léty zkušeností problémy s vytyčením a udržením hranic. Nepříjemnosti v otázce hranic se objevují až na jednoho u všech respondentů náležících do skupiny „začínajících“ terapeutů. Přesto se o tomto tématu zmínila většina i zkušených respondentů, kterých se toto téma nějakým způsobem dotýká. To, co je naučilo pevnějšímu vymezení hranic, je především zkušenost: *„Já ty hranice držím podle mě velmi přísně. A to mě naučila zkušenost, to jsem třeba opravdu v tom prvním období neměla. Tam jsem ty hranice velmi překračovala.“* (5; 19). *„Jsem direktivnější. Opravdu je to těmi hranicemi, že já jsem do toho skočil, takovéto pomáhat a velké přijetí...Bezbrehost může paradoxně vyvolávat pocity nejistoty. ...už nejsem jen ten bezbreze přijímající, ale i ten který tu hranici vytyčí.“* (12; 15).

Respondenti vnímají, prostřednictvím sebezkušenosti a sebepoznání, významný **posun v oblasti prožívání**: *„Vývoj poznání vlastních emocí a následné schopnosti oddělit se od toho psychotherapeutického procesu, od té vazby. Tak to si myslím, že je největší posun. Že*

umím zavřít dveře za tím případem, i když na toho klienta, nebo často na to dítě, myslím. (5; 14). „Cítím obrovský posun v prožívání s klientem. Když jsem byla po škole, tak jsem všechny chtěla zachránit a nejlíp jsem věděla, jak to má být správně, neuměla jsem třeba pracovat s přenosama...dneska si myslím, je pro mě víc pracovat s tou nejasností než s tou negací... ale v tom, co dělám dneska je už vlastně strašně málo věcí, který mě překvapí.“ (5; 14, 22). „Za ty roky, jsem se naučila spoustu věcí nějakým způsobem nepřipustit... Dříve bych byla úplně na nervy a bych si na to furt stěžovala a možná bych doma pak na to ještě myslela, ale teď jsem se naučila ty věci tady nechávat, anebo na ně myslet doma spíš v tom pozitivním.“ (2; 30).

Mezi faktor, který se podílí na celkovém posunu v prožívání, patří mimo jiné **zkušenost se syndromem vyhoření**, která působí jako určité upozornění na příliš velkou emoční angažovanost, která způsobuje emoční zranitelnost terapeuta. *„Ten kdo hoří, může vyhořet.“* (Kopřiva, 2013, s. 101). Na počáteční cestě plné nadšení je začínající terapeut ochoten do práce investovat obrovské množství energie. S přibývajícimi překážkami a narůstajícími potížemi, kdy se mnohé z cílů oddalují a mnohé se ukazují jako nedosažitelné, však dochází k postupné ztrátě důvěry ve vlastní schopnosti, která jde ruku v ruce se ztrátou smysluplnosti samotné práce. V takovém případě se může dostavit syndrom vyhoření, který podle výpovědí respondentů, přispívá k podrážděnosti terapeuta, menší míře sebeovládání i menší chuti do komunikace s klienty. Překonání burn-out syndromu se terapeut stane vůči tomuto fenoménu obezřetnější, je si více vědom jeho rizika, tudíž bude pravděpodobněji daleko více času a péče věnovat psychohygienickým opatřením a držet si větší odstup, tedy jasněji vymezí hranice. *„Z počátku jsem se možná do toho příliš moc opírala, příliš emocionálně, příliš jsem se jakoby moc zahrnula do toho problému a neměla jsem dostatečný odstup. Pak jsem si uvědomila, že vlastně takovým způsobem to nejde, protože by bylo obrovské riziko burn-out syndromu. A v té chvíli, kdy jsem si to uvědomila a získala jsem určitý nadhled, určitý odstup, tak jsem vlastně tu práci začala dělat daleko efektivněji.“* (10;22). *„Jsem vycítila, že trošku jsem i vyhořelá. Ale za ty roky, jsem se naučila spoustu věcí nějakým způsobem nepřipustit. Za první tou ventilací a za druhý možná i nějakým způsobem některý věci tolik neprožívat.“* (2; 30).

Zkušenost se syndromem vyhoření také poskytuje terapeutovi příležitost k poznání svých nejhorších obav, jejichž úspěšné zvládnutí redukuje úzkost a obavy z tohoto fenoménu. Terapeut zjistí, že tento stav lze aktivně zvládnout. Každé úspěšné překonání krize podporuje terapeutovu sebedůvěru. Navíc úspěšně překonaný stav vyhoření poskytuje

terapeutovi informaci o účinnosti jednotlivých užitých copingových strategií. Ty, které mu během tohoto stavu nejvíce pomohly, může využít i v dalších těžkých obdobích jeho profesního i soukromého života. K tomu všemu je větší pravděpodobnost, že terapeut díky prožité zkušenosti zavčas vypozeruje varovné signály a potenciální hrozby a bude schopen včas eliminovat příznaky.

Uvedené záležitosti začínající psychoterapeuty predisponují k většímu riziku v zažívání averzivních pocitů. **Vyšší riziko podlehnutí averzivním pocitům je podle zjištěných dat způsobné jednak nezkušeností a menší mírou znalosti sebe sama.** „*Ta sebezkušenost je k nezaplacení, takže prostě musíme se zabývat sami sebou.*“ (3; 5). Ze zjištěných dat vyplývá, že prostřednictvím vlastního sebepoznání cítí terapeut větší míru jistoty ve své kompetence, uvědomuje si své hranice a jako terapeut i člověk zná své silné a slabé stránky, čímž dosahuje většího emočního klidu i trpělivosti a je tak odolnější vůči frustraci a dalším negativním emocím spojených s výše prezentovanými příčinnými charakteristikami těchto jevů. Tím terapeut dokáže averzivní pocity lépe zpracovat a nenechat je, aby se staly potenciálním zdrojem problémů ve vztahu s klientem.

Stanovená pětiletá hranice v tomto výzkumu se ukázala být jako nedostačivá, avšak pro účely tohoto výzkumu nosná. Hranice, která by oddělovala terapeuty „zkušené“ od „nezkušených“, a která by mezi nimi určovala rozdíly, se nedá jednoznačně vytyčit. Jak ukázal výzkum, i u terapeuta po sedmi letech praxe hraje v jeho averzivním prožívání velkou roli nejistota. „*Znejišťuje mě to, protože to je kolísavý a já nevidím ten výsledek, takže si říkám, jestli to dělám dobře.*“ (11; 5). Posouzení kolik let zkušeností a kolik absolvovaných sebezkušenostních výcviků je potřeba k lepšímu sebepoznání, a tím menšímu riziku zahlcení negativními emocemi současně s jejich konstruktivnějším zacházením, nelze za žádných okolností přesně stanovit. Míra, která určuje **náchylnost k prožívání averze, je záležitost vysoce individuální**. Svou roli hraje nejen zkušenost, ale především také osobnost terapeuta a, jak tvrdí Kopřiva (2013), jeho vnitřní svět.

13 Diskuse

Úkolem v této studii bylo přimět terapeuty zabývat se a otevřeně hovořit o obtížné stránce jejich povolání, přiznat negativní emoce, které se často dotýkají velmi intimních sfér jejich života. V důsledku intimnosti a spletnosti těchto jevů, si jsem vědoma limitů této práce, které spočívají v omezeném množství dat. Téma averzivních pocitů terapeuta vůči klientům je spojeno s choulostivými záležitostmi, která jsou pro mnohé terapeuty, navzdory relativní zvyklosti otevřeně se zabývat svými vnitřními obsahy, natolik osobní, že mi mnoho jevů zůstalo utajeno. Další nesnází je velmi obtížná zachytitelnost těchto obsahů samotným terapeutem. Terapeutovy vnitřní zážitky mohou lépe vyjít najevo např. na sebezkušnostních výcvicích ve skupině dalších lidí. Zřetelnější informace o projevech těchto jevů má tedy mnohdy spíše terapeutovo okolí. Přesto vše respondenti uváděli řadu případů, kdy během terapie zažívají averzivní pocity a ochotně se zabývali motivy, které mohou stát v jejich pozadí. Variabilita pocitů a jejich spouštěčů je nesmírně široká stejně tak jako je každý terapeut jedinečný ve svém prožívání a jednání. Cílem této studie nebylo poskytnout veškeré možnosti pocitů a faktorů, které na ně mají vliv, nýbrž zmapovat potenciální souvislosti, které se s těmito jevy pojí.

Otázkou je, jak značný vliv mají averzivní pocity a zvláště jejich projevy na průběh terapeutického procesu a kvalitu terapeutického vztahu. S tím souvisí metodologické potíže, s nimiž se psychologie a psychoterapie potýká od samého počátku, to jest jakými výzkumnými nástroji uchopit a zkoumat lidskou psychiku, prožívání a vztahy, jakožto hlavní předmět zájmu této vědecké disciplíny. Projevování averzivních pocitů lze ve výzkumu lépe uchopit metodou přímého pozorování daného jevu. Tuto metodu jsem však z etických důvodů nemohla zvolit. Na základě toho práce nemapuje realitu, tedy to, jak dané fenomény jsou, nýbrž jejich interpretaci respondenty, tedy jak je prožívají. Za výhodu metody semistrukturovaného interview považuji schopnost odhalit řadu potenciálních souvisejících jevů, jako jsou spouštěče averzivních emocí, jejich následné zpracování a osobnostní proměnné podílející se na vzniku, průběhu a zacházení s averzí. Ty jsou lépe odhalitelné metodou rozhovoru než prostřednictvím pozorování. Zjištěné poznatky jsou však limitovány úrovní vědomého charakteru příčinných souvislostí zkoumaných jevů. Mnoho faktorů, které mají na prožívání averzivních i jiných pocitů významný vliv, je zčásti utajeno i samotným terapeutům. Pociťování averze je vnitřní, intimní zážitek, který je z odborného hlediska dosažitelný nejlépe introspektivními metodami. Introspekce v rozhovoru zahrnuje pohled na sebe a dění kolem sebe, ovšem z určitého odstupu, který

má svá úskalí. Např. může docházet k paměťovým zkreslením. Nelze popřít vliv času na vnímání, prožívání, emoce apod. Navíc sdělování prožitků, je vždy nepřímé a děje se na symbolické úrovni, může tedy docházet k nepřesnostem díky verbalizaci.

Jsem si vědoma překážky v navázání kvalitní spolupráce, kterou mohla pro terapeuty být nedůvěra v mou osobu nebo obava z toho, jak naložím s výzkumnými daty. Přesto se domnívám, že s většinou respondentů se mi podařilo navázat autentický osobní vztah, který umožnil získat velmi cenná data. Většina respondentů si cenila příležitosti k sebereflexi a rozhovor shledala i z jejich strany za přínosný.

Respondenti si nebyli jisti, zda jejich zažívané negativní emoce vůči klientovi mohou nazvat přímo „averzí“. Termín „averzivní“ pokládali za příliš „ostrý“ a během rozhovoru se často opravovali a používali jiný termín. Opakovaně mě utvrzovali, že averzivní pocity tvoří jen zlomek jejich práce, která je pro ně jinak příjemná a uspokojující. Pokládám za důležité zabývat se těmito případy, kdy práce není natolik uspokojivá a terapeut zažívá negativní pocity a to i přesto, že se podle terapeutů vyskytují minimálně. Data ukazují, že přítomnost averze v psychoterapeutickém procesu není až tak ojedinělým jevem. Každý z respondentů se během své práce musel vypořádat s klientem, ke kterému cítil nepříjemné pocity. Averzivní pocity jsou součástí psychoterapeutické práce každého terapeuta, bez ohledu na to, jak je kdo úspěšný a zkušený. Jak dokládá literatura, proti averzivním emocím není nikdo imunní (Kottler, Carlson, 2006). Domnívám se, že emoce, ať už pozitivní nebo negativní, nesou důležitou informaci nejen o klientovi a o našem vzájemném vztahu s ním, ale i o nás samých. Podle Kast (2010) obsahují emocionální reakce afektivní jádro toho, jak prožíváme sami sebe. Tudíž poznání vlastních averzivních pocitů je cestou ke zlepšení a zefektivnění terapeutických služeb. „*Jen díky konfrontaci se svými nedostatky se dokážeme opravdu učit a růst.*“ (Kottler, Carlson, 2006, s. 17). Ze zkoumání svých pochybností a nejistot, z poznání svých slabin se můžeme naučit velmi mnoho. Když se terapeut postaví tvář v tvář svým averzivním pocitům a pochybnostím s nimi spojených, může se naučit více přijímat hranice svých možností a stavět na svých silných stránkách.

Nejde o to zabránit averzivním pocitům. Emoce jsou přirozená záležitost, které se nelze vyhnout. Jde o to naučit je efektivním způsobem zpracovávat a v první řadě dbát o prevenci, čímž se v kontextu psychoterapeutického povolání míní především psychohygiena terapeuta. Tím se myslí v první řadě dbát o zajištění vlastních potřeb terapeuta, pečovat o psychické i fyzické zdraví, mít urovnaný osobní život, mít dostatek prostoru pro koníčky, kulturu a společenský život, apod. (Kopřiva, 2013). Základem psychoterapeutického

povolání je celoživotní práce na sobě, která vyžaduje sebereflexi. Odborná kvalifikace ani absolvování několika sebezkušnostních výcviků nezajistí absolutní objektivitu psychoterapeuta ani to, že bude s to bez výjimky přijímat a mít rád všechny své klienty. Samotným apelem na rozum a vůli toho u sebe ani u jiných mnoho nezměníme. Je zapotřebí věnovat pozornost vlastním pocitům, a to i těm, o které nestojíme. Pokud je přijmeme za své, vstoupí do procesu zpracování zkušenosti, něco důležitého nám řeknou, nebudou nás ani ostatní tolik trápit a časem se vyvinou v něco jiného (Kopřiva, 2013). Pro konstruktivní zacházení s nepříjemnými prožitky během terapie je třeba v první řadě být si jich vědom a uvědomovat si jaké mohou mít následky, protože všechny emoce významným způsobem ovlivňují naše poznávací procesy (Stuchlíková, 2007). V okamžiku zažívaného sociálního dyskomfortu, je třeba mít možnost poskytnutí skutečné opory, nejčastěji formou supervize a intervize, která zajistí mobilizaci sil k překonání těchto komplikací.

Ve vnímání a zpracování averzivních prožitků psychoterapeutů vůči klientům, vnímám jistou paralelu ve vztahu pedagogických pracovníků a jejich žáků. Stejně tak, jako není absence averzivních prožitků možná v psychoterapeutickém povolání, není jejich výskyt výjimkou ani v učitelské profesi. Jako i vztah mezi terapeutem a klientem, tak vztah mezi učitelem a žákem je vztah významný s výrazným formativním vlivem na budoucnost žáka. „*Kvalita vztahu mezi učitelem a žákem hraje důležitou úlohu při zformování postoje žáka k učení. Záporný vztah k učiteli dovede žáka často vyladit negativně i vůči jeho předmětu.*“ (Kohoutek, 2009). Stejně tak je to vztah asymetrický. Averzivní pocity mohou zásadně narušovat kvalitu tohoto vztahu, která se podle Kohoutka (2009) odrazí na celém výchovně vzdělávacím procesu a nemalou měrou spoluurčuje i jeho výsledky. Vztah učitele k žákům je stejně tak jako psychoterapeutický vztah, spoluurčován celou řadou faktorů, jako např. osobnostní vlastnosti učitele, jeho osobní situace, vztah žáka k učiteli, postoj k vlastní roli atd. Bez vlivu nejsou ani činitelé věku a pohlaví. Přítomnost nezpracovaných averzivních pocitů vůči žákům se může projevat např. tendencí klasifikovat některé žáky výhodněji než jiné. Projevy averze tak mohou být daleko zjevnější a snadněji rozpoznatelné nežli je tomu v psychoterapeutickém vztahu. Pokud cítí učitel k žákovi silnou averzi, odrazí se to na celém vztahu, který se stává konfliktním a narušuje spolupráci. Žák se stejně jako klient může vůči učiteli stavět do opozice, chovat se hostilně, odmítat jeho autoritu i způsob výuky nebo se mu naopak snažit všemožně zalíbit a být přehnaně submisivní. Čímž dochází k vzájemnému podmiňování averzivních pocitů.

14 Závěr

Tato práce vymezuje široké rozpětí averzivních pocitů od jejich projevů v terapeutickém vztahu přes strategie zvládání až po příčinné charakteristiky a podmínky ovlivňující jejich vznik. V literatuře se na toto téma nenajde příliš mnoho publikací. Proto veškeré závěry pochází téměř výhradně z analýzy zjištěných kvalitativních dat.

Ze získaných kvalitativních dat lze shrnout následující skutečnosti:

- Mezi nejčastější averzivní pocity, které se během psychoterapeutického procesu u terapeutů objevují, patří pocity bezmoci, pocity frustrace, pocity naštvaní a vzteku, pocity vyčerpání, pocity znechucení, pocity ohrožení a strachu, pocity nedůvěry a zneužití a pocity selhání.
- Na vzniku averzivních pocitů se podílí několik faktorů. Averzivní pocity jsou často obrannou reakcí, zajišťující přizpůsobení se a vyrovnání se s danou situací. Objevují se v důsledku ohrožení terapeutovi identity. Původem averzivních pocitů bývají také přenosové a protipřenosové fenomény.
- Averzivní pocity se objevují v závislosti na situačních a osobnostních charakteristikách terapeutů i klientů. Např. klienti, kteří překračují hranice terapeutického kontraktu, vyvolávají v terapeutech nejčastěji pocity ohrožení a vyčerpání. Klienti, kteří jsou pasivní a nepřijímají odpovědnost za svůj problém, vzbuzují pocity frustrace. Klienti, kteří nesplňují očekávání terapeuta, vyvolávají pocity bezmoci až pocity selhání. Pocity naštvaní a vzteku se objevují s odporem klienta nebo v souvislosti s osobnostními rysy klientů, např. s arogancí.
- Pravděpodobnost zažívání averzivních emocí závisí na kontextu osobnosti konkrétního terapeuta. Každý terapeut je jedinečnou osobností s rozmanitými zkušenostmi. Mezi signifikantní faktory zvyšující riziko výskytu averzivních pocitů ve vztahu patří zejména výkonové nastavení terapeuta a neurotické tendence, které mohou být přítomné již v samotné motivaci k psychoterapeutickému povolání. Dále mezi významné osobnostní charakteristiky mající vliv na prožitek averze patří nejistota terapeuta a netrpělivost.
- Na vnímání a prožívání averzivních pocitů má také vliv terapeutova míra frustrační tolerance, jeho aktuální psychická i fyzická kondice, události v jeho soukromém životě a tzv. „slepé skvrny“.

- K averzivním pocitům jsou náchylnější terapeuti, jejichž psychická hranice není zcela pevná. Což je častějším jevem spíše v počátcích terapeutické dráhy, tudíž averzivní pocity budou pravděpodobněji prožívat začínající terapeuti.
- Významný faktor, který se podílí na vzniku, vnímání i zpracování averzivních pocitů je zkušenost, která vede ke snadnější identifikaci různých pochybení a k následné eliminaci jejich dopadu na terapeutický proces i vztah.
- Pro eliminaci negativních prožitků slouží také sebezkušenost a sebekognice.
- Podle průběhu a výsledků studie nesouvisí množství identifikovatelných averzivních jevů s psychoterapeutickou orientací terapeuta. Jelikož však odlišnosti v prožívání averzivních pocitů na základě orientace terapeuta nebyla předmětem této práce, toto tvrzení není dostatečně doložené.

Komplikovanost averzivních emocí ve vztahu k psychoterapeutickému povolání vyžaduje další hlubší zkoumání. Nejen podle Machada (2014) má studium emocí terapeuta potenciál vyřešit celou řadu současných aspektů psychoterapie, jako je např. identifikace efektivity terapeutů, redukce syndromu vyhoření a další problémy, které ovlivňují klinickou praxi. Vzhledem k rozsahu práce a omezenému počtu respondentů nemohla tato studie dostatečně zmapovat veškerou problematiku averzivních pocitů v terapeutickém vztahu a výsledky nelze zobecnit. Jedná se o složitý, interaktivní jev, v němž výsledek závisí na souhře terapeuta, klienta, situace a vnějších sil. Výzkum poskytuje zjištění ohledně souvislosti averzivních pocitů terapeutů a jejich osobnostních charakteristik, zvláště neurotických tendencí. V budoucím výzkumu by bylo dále zajímavé tyto charakteristiky hlouběji zmapovat. Do budoucího výzkumu by bylo zajímavé prozkoumat shody a rozdíly v zacházení a zpracovávání negativních pocitů u terapeutů napříč terapeutickými směry. Dále se nabízí možnost porovnání averzivních pocitů psychoterapeutů s pedagogickými pracovníky, kteří se ve vztahu s žákem nachází v podobném postavení, vyžadující jak angažovanost, tak objektivitu.

Tato práce přinesla příležitost prozkoumat možná úskalí psychoterapeutického povolání. Ukázala, jak je důležité vědomí toho, jak vlastní pochyby a nejistoty terapeuta mohou ovlivnit jeho prožívání a podobu vztahování se ke klientovi. Dále ukázala terapeuty nejčastěji využívané copingové strategie, které mohou při zpracování negativních emocí pomoci. Práce přinesla možnost k určitému apelu na důležitost psychohygieny terapeutů. Hlavní výhodu práce spatřuji v autentických výpovědích respondentů, kteří poskytli velmi bohatý a cenný materiál.

15 Seznam použitých informačních zdrojů

- Cifali, M.* – přeložil: Stanislav Štech: „Nemožné“ povolání? Stále inspirativní Bonmot. *Pedagogika*, roč. XLIX, č. 4/1999, 322 – 334 s. ISSN 2336-2189
- Ellis, A.*: Why I (really) became a therapist. *Journal of Clinical Psychology*. 61, 8, 945-948, Aug. 2005. ISSN: 00219762.
- Fox, S.*: Relating to Clients The Therapeutic Relationship for Complementary Therapists. Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia. 2008. - 176 s. ISBN pdf-eBook 978-1-84642-718-3
- Freud, A.*: Já a obranné mechanismy. Praha, Portál, 2006. – 119 s. ISBN 80-7367-084-4
- Geltner, P.*: The concept of objective countertransference and its role in a two-person psychology. *The American Journal of Psychoanalysis*, Vol. 66, No.1, March 2006. DOI: 10.1007/s11231-005-9001-3
- Guggenbühl-Craig, A.*: Nebezpečí moci v pomáhajících profesích. Praha, Portál, 2007. – 113 s. ISBN 978-80-7367-302-4
- Havrdová, Z., Hajný, M.*: Praktická supervize. Průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize. Galén,
- Hill, C. E., eds.*: Aspiring to Become a Therapist: Personal Strengths and Challenges, Influences, Motivations, and Expectations of Future Psychotherapists. *Counselling Psychology Quarterly*, 2013, vol. 26, no. 3-4. pp. 267 ProQuest Central. ISSN 09515070
- Horney, K.*: Neuróza a lidský růst. Západ o seberealizaci. Pragma, 2011 – 332 s. ISBN 80-7205-715-4
- Howkins, P.; Shonet, R.*: Supervize v pomáhajících profesích. Praha, Portál, 2004. – 208 s. ISBN 80-7178-715-9
- Hučin, J.*: Hovory o psychoterapii. Péče o duši současného člověka. Praha, Portál, 2001. – 192 s. ISBN 80-7178-525-3
- Jung, C., G.*: Aion, příspěvky k symbolice bytostného Já. Nakladatelství Tomáše Janečka, 2003. – 293 s. ISBN 80-85880-26-1

- Jung, C., G.:* Duše moderního člověka. Atlantis, 2008. – 390s. ISBN 80-7108-213-9
- Lewis, I.:* With feeling: Writing emotion into counselling and psychotherapy research. Faculty of Education, University of Canberra, ACT 2601, Australia. Counselling and Psychotherapy Research, March 2008; 8(1): 63_70
- Kalina, K.:* Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí. Praha, Grada, 2008. – 400 s. ISBN 978-80-247-2449-2
- Kast, V.:* Hněv a jeho smysl. Praha, Portál, 2010. – 200 s. ISBN 978-80-7367-760-2
- Kopřiva, K.:* Lidský vztah jako součást profese. Praha, Portál, 2013. – 147 s. ISBN 978-80-262-0528-
- Kottler, J., Carlson, J.:* Nezdařená terapie. Nejhorší chyby z praxe předních současných psychoterapeutů. Praha, Portál, 2006. – 216 s. ISBN 80-7367-088-7
- Machado, D.B.; Coelho, F.M.C.; Giacomelli, A.D.; Donassolo, M.A.L.; Abitante, M. S.; et al.* Systematic review of studies about countertransference in adult psychotherapy. Trends in psychiatry and psychotherapy 36 (2014):173185.
- Matoušek, O. a kol.:* Metody a řízení sociální práce. Praha, Portál 2003. – 384 s. ISBN 80-7178-548-2
- Müller, L., Müller, A.:* Slovník analytické psychologie. Praha, Portál 2006. – 496 s. ISBN 80-7178-863-5
- Mindell, A.:* Snové tělo. Brno, Emitos, 2008. – s. 176. ISBN 978-80-87171-04-2
- Miovský, M.:* Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha, Grada 2006. – 332 s.
- Norcross, J.C; Farber, B.A.:* Choosing psychotherapy as a career: Beyond “I want to help people”. Journal of Clinical Psychology. 61, 8, 939-943, Aug. 2005. ISSN: 00219762.
- Pascual-Leone, A., Gilles, P., Singh, T. and Andreescu, C.A.:* Problem Anger in Psychotherapy: An Emotion-Focused Perspective on Hate, Rage, and Rejecting Anger. Journal of Contemporary Psychotherapy, 06, 2013, vol. 43, no. 2. pp. 83-92 ProQuest Central. ISSN 00220116. DOI <http://dx.doi.org/10.1007/s10879-012-9214-8>.

- Pelcová, N.:* Vzorce lidství – filosofické základy pedagogické antropologie. Praha, Portál, 2006. – 261s. ISBN 978-80-7367-756-5
- Petitcollin, Ch.:* Oběť, kat a zachránce ve vztazích a komunikaci. Praha, Portál, 2008. – 104 s. ISBN 978-80-7367-362-8
- Schmidbauer, W.:* Psychická úskalí pomáhajících profesí. Praha, Portál, 2000. – 176 s. ISBN 80-7178-312-9
- Schmidbauer, W.:* Syndrom pomocníka. Podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích. Praha, Portál, 2015. – 240 s. ISBN 978-80-262-0865-5
- Slaměnik, I.:* Emoce a interpersonální vztahy. Praha, Grada, 2011. – 208 s. ISBN 978-80-247-7452-7
- Strauss, A., Corbinová, J.:* Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie. Brno, Albert 1999. – 196 s.
- Stuchlíková, I.:* Základy psychologie emocí. Praha, Portál, 2007. – 232 s. ISBN 978-80-7367-282-9
- Unger, D.:* Psychoterapeutické přístupy v léčbě hraniční poruchy osobnost. Časopis psychoterapie – 4. ročník, 2010, číslo 2. Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, 109–117
- Úlehla, I.:* Umění pomáhat - učebnice metod sociální praxe. Slon, 1999. – 128 s. ISBN 978-80-864-2936-6
- Vybíral, Z., Roubal, J., eds.:* Současná psychoterapie. Praha, Portál, 2010. – 744s. ISBN 978-80-7367-682-7
- Vymětal, J.:* Obecná psychoterapie. Praha, Grada, 2004. – 339s. ISBN 978-80-2470-723-5
- Weiss, P. a kol.:* Etické otázky v psychologii. Praha, Portál, 2011. – 352 s. ISBN 978-80-7367-845-6
- Williams, L., Day, A.:* Strategies for Dealing with Clients We Dislike. The American Journal of Family Therapy, 35:83-92, 2007. ISSN: 0192-6187 print. DOI: 10.1080/01926180600550494
- Yontef, G.:* Gestalt terapie: Uvědomování, dialog a proces. Triton, 2009. – 564 s. ISBN 978-80-7387-216-8

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) ve znění pozdějších předpisů (stav k 22. 4. 2011), Díl 2, § 22

Internetové zdroje:

- ✓ *Česká psychoterapeutická společnost ČLS JEP* [online], Dostupný z WWW:
<http://www.psychoterapeuti.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=329&Itemid=94>-. (podle stavu ke dni 17. 6. 2015)
- ✓ *Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví* [online], Dostupný z WWW:
<<https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/psychoterapie/podminky-pro-prijeti-ke-zkousce-ze-systematicke-psychoterapie->>. (podle stavu ke dni 17. 6. 2015)
- ✓ *Portál veřejné správy* [online], Dostupný z WWW:
<<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=1&idBiblio=57523&recShow=23&nr=96~2F2004&rpp=15#parCnt>> (podle stavu ke dni 22. 6. 2015)
- ✓ *Prof. PhDr. Rudolf Kohoutek, CSc.* [online], Dostupný z WWW:
<<http://rudolfkohoutek.blog.cz/0911/vztahy-mezi-ucitelem-a-zakem>>. (podle stavu ke dni 9. 7. 2015)

16 Seznam příloh

Příloha č. 1.....	1
Příloha č. 2.....	9
Příloha č. 3.....	27
Příloha č. 4.....	45
Příloha č. 5.....	59
Příloha č. 6.....	72
Příloha č. 7.....	78
Příloha č. 8.....	94
Příloha č. 9.....	102
Příloha č. 10.....	117
Příloha č. 11.....	124
Příloha č. 12.....	132

Obsah příloh viz přiložené CD